سلسلة اصدارات الخدمة الاجتماعية فى السودان

نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها



أ.د. مختار إبراهيم عجوبة



نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها

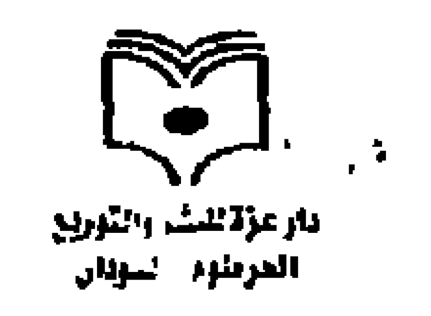
بسم الله الرحمن الرحيم

سلسلة اصدارات الخدمة الاجتماعية في السودان
إصدارة رقم (١)

نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها

أ. د. مختار ابراهيم عجوبة
جامعة النيلين

٢٠١٠ – ٢٠١١م



دار عزة للنشر والتوزيع
الخرطوم - السودان

الكتـــــاب : نظريات الخدمة الإجتماعية وأخلاقياتها

المـــؤلـــف : أ. د. مختار إبراهيم عجوبة

رقم الإيداع : ١٩٧٦٤ / ٢٠١٠

تاريخ النشر : ٢٠١٠

ردمـــك : ٢٢٧-٤٥-٤٢-٩٩٩ الطبعة الأولى

الناشـــر : دار عـــزة للنشـــر والتـــوزيع

الإدارة : شارع الجامعة - الخرطوم - جنوب وزارة الصحة.

ت: ٨٣٧٨٧٢٠٠ فاكس : ٨٣٧٩٧٠٨٤ (١ - ٢٤٩+)

التـــوزيـــع :دار عزة للنشر والتوزيع ت : ٨٣٧٨٧٢٠١

السودان - الخرطوم . ص.ب : ١٢٩٠٩

بريد إلكترونى azzaph@yahoo.com

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

لقد كان من المفترض أن يصدر كتـاب نظريـات الخدمـة الاجتماعيـة وأخلاقياتها في كتيبين منفصلين يمثلان بداية سلسلة اصدارات الخدمة الاجتماعية في السودان، ويحمل الأول فيهما عنوان "نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعيـة" بينما يأتي الثاني تحت عنوان: "أخلاقيات الخدمـة الاجتماعيـة" ولكـن نـسبة لصعوبات النشر وتكلفته الباهظة فقد أتفق رأي المؤلف مع رأي الطابع في أن يتم أصدار الكتيبين في كتاب واحد تحت مـسمى "نظريـات الخدمـة الاجتماعيـة وأخلاقياتها" وأن ينقسم الكتاب إلى جزئين، على أن تتدرج فصول كل جزء تحته وبصورة مستقلة.

وفي النهاية فإن المؤلف يود أن يتقدم بجزيل الشكر والتقدير لصاحبة السمو الملكي الأميرة الدكتورة الجوهرة بنت سعود بن عبدالعزيز آل سعود علـى مـا قدمته من دعم مادي لنشر هذا الكتاب ليكون نقطة انطلاق علمية للتعـاون بـين الاخصائين الاجتماعيين في السودان وفي المملكة العربية السعودية.

مختار عجوبة

الخرطوم ٢٠١٠/٩/٢٦م

بسم الله الرحمن الرحيم

الجزء الأول

نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية

محتويات الجزء الأول

المقدمة

نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية

Theories Of Social Work Practice

لقد تم تطوير كثير من أنواع الأطر النظرية لمساعدة الممارسين للخدمة الاجتماعية، وقد اجمعت معظم هذه الأطر النظرية علي ضرورة الاهتمام بالانسان في مختلف أبعاده ومكوناته وطبيعته البشرية البيولوجية والثقافية وخبراته في ضوء محيطه الاجتماعي والايديولوجي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه بما يساعد الاخصائيين الاجتماعيين فكريا ويتطلب منهم اكتشاف مساحات جديدة لأفكارهم وممارساتهم . وهذا الكتيب يحاول أن يعطي صورة موجزة للمنطلقات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية ، حتي يستطيع طلاب الخدمة الاجتماعية في السودان الإلمام ببعض جوانب هذه النظريات وتطبيقاتها في البلدان الغربية وبمرور الزمن قد نستطيع تطبيق هذه النظريات في السودان، سواء قبلناها كما هي أو قمنا بتعديلها أو حتي تطوير نظريات جديدة ، فالدعوة إلي التأصيل في بلادنا العربية لم تتجاوز الشعارات حتي الآن والخدمة الاجتماعية لا تقوم علي مجرد الشعارات لأنها مهنة ممارسة كما يقول علماؤها .

وبما أن الخدمة الاجتماعية قد استمدت معظم نظرياتها في الممارسة من علمي النفس والاجتماع، إلا أن هذا الانقسام لا يزال ماثلا في محاولة التنظير لها حيث يتنازع هذا التنظير تياران أساسيان، التيار البنائي الذي ينطلق من نظريات علم الاجتماع، والتيار النفسي الذي ينطلق من قاعدة علم النفس في تفسيراتها للصعوبات الشخصية التي يواجهها الانسان في حياته، فالتيار البنائي الاجتماعي يركز علي العوامل السياسية والاقتصادية والبيئية المادية التي يعيش فيها الناس، ويركز هذا التيار علي ظواهر اجتماعية محددة كالاضطهاد والتفرقة والفقر وعدم المساواة وعدم العدالة في توزيع الفرص بين الناس والحرمان .

وفي الحقيقة فإن نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية قد تأثرت بالتيار النفسي في تفسير السلوك البشري وما يحيط بهذا السلوك من أفكار ومشاعر وعواطف غير سوية والتي تفتقر إلي العقلانية سواء في اتجاهات العملاء أو أقوالهم أو أفعالهم سواء كانت محكومة بخبراتهم الماضية أم واقعهم الراهن الذي ينطوي علي قدر كير من الصعوبات في تواصلهم مع الآخرين ، وفي إصدار هذا الكتيب اعتمد المؤلف علي مجموعة واسعة من المصادر التي تم اثباتها في قائمة المراجع.

ما المقصود بنظريات الخدمة الاجتماعية؟

هنالك أربعة مصطلحات تعتبر ذات أهمية لأي نظرية من النظريات في العلوم المختلفة وهي كالآتي :

١. **المفاهيم** : Concepts

هي الرموز التي تطورت بواسطة علم من العلوم وتقوم بوصف الظاهرةالتي يتم التعامل معها مثل ظاهرة التشرد والهجرة والفقر والبطالة .

وهي عبارة عن علاقات أو مؤشرات يتم التعامل معها عن طريق الباحثين في أي علم من العلوم وهي المفاهيم التي يتم الاتفاق عليها بين الدراسين كمفهوم طرق الخدمة الاجتماعية أو مجالات ممارستها .

٢. **الحقائق** : Facts

هي التي يمكن الوصول إليها عن طريق البحث العلمي وبلورتها ويتم التوصل إليها أيضا عن طريق الملاحظة العلمية وهي الحقائق القابلة فيما بعد للتطبيق في واقع العمل وهي حقائق نسبية يمكن الاستفادة منها في المستقبل عن طريق البحث العلمي .

وقد يتوصل باحث من الباحثين إلي حقائق معينة ولكن يأتي باحث آخر بنتائج مختلفة أو يدحض النتائج التي توصل إليها الباحثون من قبل ومن ثم يمكن القول بأن نظرية الخدمة الاجتماعية نظرية مرنة قابلة للتجديد ، وتتطور من خلال إعادة ترتيب الحقائق وإيجاد العلاقة بصورة علمية من خلال الملاحظة والترويج للنظرية .

٣. الفرضيات : Assumptions

والفرضيات عبارة عن مقولات يمكن اختبارها علي أرض الواقع ومن ثم تتطور النظرية وتثبت المبادئ . وهي عبارة عن مقولات تساعدنا علـــي التنبــؤ بالظواهر ويمكن أن تؤدي هذه الظواهر إلي ظهور نتائج كالقول مثلا :

إن الحروب تؤدي إلي الهجرة إلي المدن والهجرة إلي المـــدن تـــؤدي إلـــي ظاهرة السكن العشوائي ، والسكن العشوائي يؤدي إلي التلوث البيئي ، والتلوث البيئي يؤدي إلى انتشار الأمراض والأوبئة ، وانتشار الأمـــراض يـــؤدي إلـــي وفيات بين السكان وخاصة الأطفال .

٤. المبادئ : Principles

هي ما يمكن أن نتوصل إليه من خلال النظريات مع ضــــرورة حياديـــة الباحث التي تساعد علي التعميمات أو الوصول إلي نتائج معقدة .

والخدمة الاجتماعية علي وجه التحديد تلتزم إلتزاما مطلقا باتساق مبادئها وعدم تعارضها مع اخلاقيات المهنة وفقا للمبادئ المعروفة في الخدمة الاجتماعية كمبدأ السرية ومبدأ العلاقة المهنية ومبدأ التقبل ومبدأ حق تقرير المصير وغيرها.

ومما سبق يتضح أن النظرية مهمة في الخدمة الاجتماعية لأنها تـــساعد الممارسين في الخدمة الاجتماعية علي الاضطلاع بمهنة فكرية تساعدهم علـــي مجموعة من حل التعقيدات التي تواجههم في مواقع عملهم .إلا أن هنالك من يري ان مهنة الخدمة الاجتماعية لا تحتاج إلي نظريات لأنهـــا دائمـــا تعتمـــد علـــي الممارسة الفعلية إلا أن هذه المآخذ قد تم الرد عليها في دراسات بـــأن الخدمـــة الاجتماعية ليست مهنة أو حرفة فحسب و إنما أصبحت علما شأنها شأن العلـــوم الأخري ولها فلسفتها ونظرياتها وقاعدتها العلمية والمعرفية ومؤسساتها التعليمية علي أعلي المستويات ، هذا إن كانت نظريات الخدمة الاجتماعية قد تطورت في مجال ممارسة الخدمة الاجتماعية العلاجية والأسرية والنفسية والمسنين وغيرها أو بمعني آخر مجالات ممارسة خدمة الفرد ، وفي الواقع فإن الخدمة الاجتماعية قد تمكنت من تطوير نظرياتها مع الأنساق الصغري كالفرد والأسرة والأنـــساق

الكبري كالمجتمع ، وفي توظيفنا لنظريات الخدمة الاجتماعية وجدنا هنالك حوالي أربعة عشرة مدخلا لبناء النظرية في الخدمة الاجتماعية وتشمل ما يلي :

١. محاولات ما قبل النظرية وهي الجهود التي بذلت لتطوير النظرية وذلك مثل الجهودالتي بذلتها ميري رتشموند في كتابها التشخيص الاجتماعي ومحاولتها الاستفادة القصوي من نظرية التحليل النفسي (فرويد) في ممارسة خدمة الفرد .
٢. تجميع مختلف الأدبيات والكتابات في الخدمة الاجتماعية والخروج منها بنظرية محددة تجمع بين هذه الكتابات .
٣. البحث عن ما أجمع عليه الكتاب من مداخل نظرية معتمدين علي غيرهم من الكتاب سواء في مجال الخدمة الاجتماعية أو غيرها من المجالات ، ومثل هذه الجهود تؤدي إلي نسق النظريات كالنسق النفسي الاجتماعي أو مداخل حل المشكلات التي طورتها (هلين برلمان) في النسق الاجتماعي للتحليل النفسي والاجتماعي لنظرية (فرويد)
٤. محاولة بعض الدارسين استخلاص نظرية من مجموعة من النظريات وذلك مثل الجهود التي بذلتها (جوان استيفن) التي استخلصت نظرية من مجموعة من النظريات ذات الصلة بالأسرة واطلقت عليها نظرية العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية .
٥. هناك مجموعة من المداخل وهي الجهود التي يبذلها بعض الدارسين لتطوير أو تحديث النظريات التقليدية أو الكلاسيكية .
٦. المدخل الذي يقوم علي إجراء البحوث ثم استخلاص النظريات من النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه البحوث .

لقد عدد كثير من الدراسين (Pyne) و(Turner) كثيرا من العوامل التي اسهمت في تاسيس نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية ، ومن هذه العوامل:

١. محاولة تقديم المساعدة الإنسانيةبصورة منتظمة .
٢. محاولة ضبط وتنظيم وإدارة خدمات الرعاية الاجتماعية .

٣. التطورات أو التغيرات التي صاحبت المؤسسات الاجتماعية الجديدة .
٤. الاتجاهات والايديولوجيات الاقتصادية والسياسية التي حكمت بلدان الديمقراطية الغربية .
٥. تغير الاحتياجات أو تغيرات فهم هذه الإحتياجات وإدراكها من قبل مختلف الجماعات المؤثرة في حياة المجتمع وما يدور بينها من حوارات ومجادلات.
٦. التغيرات التي صاحبت مدي الحاجة للضبط الاجتماعي وطرقه ووسائله.
٧. تبني قيم ومعتقدات أكثر إنسانية فيما يتعلق بحقوق الإنسان والافراد والجماعات .
٨. التغيرات القانونية والتشريعية .
٩. التطورات الفكرية والعلمية والأكاديمية الجامعية والبحثية .
١٠. الدور المتعاظم لمنظمات وروابط الاخصائيين الاجتماعيين المهنية والمهن الأخري ذات الصلة بالخدمة الاجتماعية.

وعلي العموم فإن النظريات تساعدنا فيما يلي :

١. التدخل المسئول والفعال لممارسة الخدمة الاجتماعية .
٢. إدراك العلاقة بين محتلف المتغيرات التي تحكم الظاهرة الاجتماعية وسبل علاجها وخاصة في المواقف الصعبة والمعقدة لمشكلات العملاء .
٣. إعادة ترتيب الحقائق ترتيبا علميا مكتسبا من خلال عدة نظريات أو مداخل لفهم المشكلة الواحدة للسلوك البشري والمواقف الاجتماعية .
٤. تساعدنا علي عقد مقارنات وتقويم النتائج التي يمكن أن تتوصل إليها دراسات ممارسة الخدمة الاجتماعية .
٥. تساعدنا علي تطوير الخطط العلاجية علي أسس علمية .
٦. إعطاء الممارسة القدرة علي التنبؤ وصياغة الفرضيات والتحقق منها .
٧. الكشف عن علاقة غير متوقعة وخاصة فيما يتعلق بالسلوك البشري .
٨. تراكم المعرفة وزيادة الخبرة التعليمية وتوسيع أفق المعرفة .

٩. تساعدنا علي نقل التجارب من حقل إلى حقل آخر أو من مجال إلي مجال آخر .

١٠. تساعدنا علي مواجهة المشكلات والمآزق التي تواجه الاخصائي الاجتماعي في تعامله مع العملاء .

١١. توظيف النظرية يساعدنا علي تأكيد ما لدينا من معارف ومهارات لممارسة الخدمة الاجتماعية .

١٢. نظريات الخدمة الاجتماعية نظريات تتسم بالمرونة وبالتغير والتجديد حسب متطلبات الحياة ومشكلاتها وثقافات العملاء وايديولوجيات المجتمع وقيمه مع عدم التحيز أو التمييز بين العملاء بسبب الدين أو العرق أو اللغة أو الحالة الصحية أو الفئة العمرية أو النوع أو الطبقة الاجتماعية أو اللون.

١٣. النظريات السلوكية أو نظريات الحياة تساعد الاخصائيين الاجتماعيين علي استخلاص نظريات ممارسة وعلي اختبار الممارسات القائمة لمعرفة ما إذا كانت تنتسب إلي أي من النظريات القائمة.

١٤. الممارسات القائمة والتي لا تستند إلي أي أطر نظرية يمكن إعادة تكيفها واختبارها في الواقع العملي وفي مواقف أخرى .

١٥. النظريات التي لا تثبت جدواها في الممارسة العملية للخدمة الاجتماعية يمكن استبعادها أو تعديلها أو تبديلها بنظريات أخري .

١٦. النظرية عبارة عن سلسلة من التعميمات قائمة علي تراكم الخبرات والممارسة المتنامية التي يمكن تجريد مفاهيمها وتعريفاتها .

١٧. النظرية تنبثق من مصادر متنوعة لتعطي نماذجا للممارسة .

١٨. النظرية في الخدمة الاجتماعية والتي تتطور من الممارسة يمكن اختبارها وتعديلها عن طريق البحوث التطبيقية والحوارات الفكرية .

١٩. وفي النهاية فإن النظرية توفر لنا قاعدة راسخة لنماذج الممارسة المهنية ولمناهج التدخل المهني والتفسيرات المهنية والرؤي لما يمكن عمله

والمحاسبية لما تم من عمل يساعدنا علي فهم سلوك العملاء وحدود مشكلاتهم وسلوكياتهم والبيئة الاجتماعية للعملاء والتعامل بينهم وبين الاخصائيين الاجتماعيين وتنظيم بيئة العمل وفاعليته. واذا كانت النظرية تساعدنا علي أداء مهامنا فإنها قد تصبح عائقا أيضا وذلك للأسباب التالية:

١. التركيز المطلق علي النظرية قد يتناقض مع إلتزام القاعدة الإنسانية لممارسة الخدمة الاجتماعية، خاصة وأن هناك العديد من النظريات المتعارضة مما يشكل صعوبة في توظيف أي واحده منها ، واختيار الباحث لواحدة منها قد يشكك في مصداقيته.
٢. توظيف النظرية قد يرسخ مفهوم الوصمة بالنسبة للعملاء .
٣. توظيف النظرية قد يدفع الباحث لتجاوز الكثير من الحقائق التي قد تكون مقبولة من قبل الباحثين الآخرين أو من قبل الممارسين الذين لا يعيرون كبير اهتمام لمنطلقات نظرية قد تحرمهم من المرونة في ممارساتهم .
٤. من الخطورة أن يصبح بناء النظرية أو تطورها هدفا في حد ذاته وليس من أجل حل المشكلات ، فالنظريات بالغة التعميم والتجريد بدرجة تجلعها لا تنطبق علي واقع الحياة .
٥. لقد حاول بعض الدراسين أن يضع تصورا مبدئيا لكل نظرية من النظريات وما يقابلها من انتقادات في مجال الممارسة .

م	النظريات	اخطاء الممارسة
١.	نظرية التحليل النفسي.	تنظر للعميل كمخلوق وكفرد
٢.	النظرية السلوكية .	تنظر للعميل كمتعلم
٣.	نظرية التماسك.	تنظر للعميل كمعلم أو مغير
٤.	نظرية حل المشكلات والتمركز الوظيفي ونظرية الازمة .	تنظر للعميل كفاعل

٥.	نظرية علم نفس الذات ونظرية التمركز حول العميل .	تنظر للعميل كفرد في المجال الاجتماعي
٦.	نظرية العلاج الآسري ونظرية التحليل التفاعلي.	تنظر للعميل كعضو في الأسرة
٧.	نظرية الجماعة .	تنظر للعميل كعضو في جماعة
٨.	النظرية النفسية الاجتماعية ونظرية الانساق ونظرية الدور والمفهوم الانثوي	تنظر للعميل في مجال الممارسة كعضو في مجتمع
٩.	الماركسية	العميل عضو في طبقة اجتماعية
١٠.	النظرية الايكولوجية والبيئية	تنظر للعميل كجزء من الكون

وعلي كل حال فإن وظيفة النظرية في ممارسة الخدمة الاجتماعية أن يطرح الاخصائي الاجتماعي مجموعة من التساؤلات العملية ويحاول الإجابة عليها من خلال الممارسة ، وتتمثل هذه الأسئلة فيما يلي :

١. ما حقيقة المشكلة ؟ وهذا التساؤل يساعد الاخصائي الاجتماعي علي تحديد المشكلة وتحديد الاحتياجات لمواجهة هذه المشكلات والتعرف علي من يعاني من المشكلة وعلي من سيستفيد من حلها؟
٢. ما الذي يجري ؟ والاجابة علي هذا التساؤل تساعد الاخصائي الاجتماعي علي تقييم الموقف وتحليليه وتشخيصه وتفسيره .
٣. ما الذي يجب عمله ؟ في ضوء تقييم الموقف يستطيع الاخصائي أن يصوغ الأهداف ويحدد الأغراض والخطط ويفصح عن نواياه.
٤. كيف يمكن القيام بما يراد عمله ؟ وفي اجابته علي هذا التساؤل يستطيع الاخصائي الاجتماعي أن يحدد الطرق والتقنيات والمهارات والخدمات والموارد التي يحتاج إليها في ممارسته والوصول إلي أهدافه .

٥. ما الذي تم انجازة بعد الممارسة ؟ وبالإجابة علي هـذا التـساؤل يـستطيع الاخصائي الاجتماعي ان يستعرض ويقوم مخرجات عمله بصورة منتظمـة وبفكر عميق ودقة مهنية تضع في حسبانها الفوارق الثقافية والاجتماعية بين العملاء.

وهناك من الدراسين من اوصي بامكانية توظيف خليط أو مـزيج مـن النظريات، وذلك تجنبا للصعوبات التي قد يواجهها الممارس في توظيف نظريـة واحدة فقط قد لا تساعدة في كل الاحوال علي الممارسة وتحرمـه مـن طـابع المرونة الذي تتسم به الخدمة الاجتماعية ، ومن المداخل التي يمكن توظيفها في هذا الصدد:

١. أن يوظف الاخصائي الاجتماعي أفكاراً نظرية ما ولكنه يضيف إليها تقنيات محدودة من نظرية أخري .
٢. أن يوظف تقنيات متعددة من نظريات متعددة في تقييمه لأوضاع العملاء دون الإلتزام بنظرية واحدة .
٣. أن يوظف نظريتين أو أكثر في دارسته لمشكلة العملاء ووضع الحلول لها.
٤. أن ينتقي مبادئ معينة من المبادئ النظرية ويلتزم ببيطقها حسب مـا يمليـه عليه الواقع .
٥. ايجاد صيغة تكاملية من هذه النظريات.
٦. أن يتعامل مع النظريات كأمر ثانوي ويعطي الأهميـة القـصوي للعمليـة العلاجية التي قد تنبثق عنها أطر نظرية نابعة من واقع الممارسة .
٧. يمكن للاخصائي الاجتماعي أن يختار بطريقة عـشوائية لاضـوابط فيهـا النظرية التي تروق له ويحاول تطبيقها علي الواقع، فإن اثبتت جدواها تمسك بها وان فشلت اختار غيرها أو عدل فيها حسب مقتضيات الموقف.[1]

---

[1] Encyclo pedia of social work (2002) 19th edition, washingtion, NASW, PP:2258-2265

الفصل الاول

نظرية التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية

Psychoanalytic Theory

اسسها هربرت ستين H. Stean وهذه نظرية هي النظرية الشخصية هذا من جهة، وشكل من أشكال العلاج النفسي من جهة أخري ، وتعتمد هذه النظرية علي تفكيك الشخصية الإنسانية أو البشرية في دواخلها، وتعتمد علي مفاهيم تجريدية ، والمبدأ الأساسي الذي تقوم عليه هذه النظرية هو أن العقل في أدائه لوظائفه لا يخضع إلي الصدفة، وإنما لما يشعر به الإنسان ، وما يفكر فيه أو يتخيله ويحلم به ، وما يفعله، وكلها لها دوافع نفسية ، فالناس لحصولهم علي معيشتهم وما يختارونه من رفقاء الحياة (زوج أو زوجة) وما يتلقونه أو يمنحونه من محبة وكيفية تفاعلهم مع أطفالهم وما يفيدهم من أعمالهم ، كلها مساعي نابعة من اللاوعي . (Unconscious).

فعلي الرغم من وجود عوامل خارجية تؤثر في حياة الإنسان ، إلا أنه علي الاخصائي الاجتماعي أن يؤمن بأن سلوكيات العملاء سواء كانوا أفراداً أو أباءاً أو جماعات أو منظمات ليست هي ردود فعل لمواقف يمرون بها ، كمواقفهم من الأسرة والصداقات والجيران ، وعلاقاتهم مع هذه الكيانات تتشكل في الأساس من خلال رغباتهم غير الواعية أو الكامنة أو الخفية ، وخيالاتهم الجامحة وأفكارهم غير الواعية عن أنفسهم ، ونزعاتهم الأخلاقية غير الواعية ، ولذلك لابد للأخصائي الاجتماعي أن يفحص في اللاوعي الذي يتحكم في حياة العملاء، والتعرف علي اللاوعي يمثل ضرورة قصوي للاخصائي الاجتماعي، ليستطيع أن يساعد العملاء، كما يساعده ذلك علي فهم مشكلات العملاء الحالية ، ووضع الحلول لها ، مثلا الزوج الكثير الشكوي من علاقته الزوجية ويصف زوجته بعدم

الإحساس أو التجاوب معه ، ربما كان في حقيقة الأمر مقتنعا بهذه الحياة الزوجية ولا يرغب في إيجاد بديل لهذه الحياة الزوجية أو رغبة في زوجة تتجاوب معه ، لكنه يحاول أن يسيطر من خلال هذه العلاقة غير السوية مع زوجته علي ضعفه الجنسي .

وعلي الاخصائي الاجتماعي توظيف مفهوم اللاوعي في تقييمه لحالة العميل، وفي وضع الخطة العلاجية. وقد وظف فرويد مجموعة من الرؤي والمنظورات المتداخلة لفهم النفس البشرية والتي تتمثل فيما يلي:

١. المنظور البنائي : Structural point of view
٢. المنظور التراتيبي :Stratification point of view
٣. المنظور الديني : religious point o f view
٤. المنظور الديناميكي dynamic point of view
٥. المنظور الاقتصادي : economic point of view
٦. منظور دواخل الشخصية interpersonal point of view
٧. منظور الثقافة cultural point of view

وهذه المنظورات هي عبارة عن العناصر المهمة في أداء الشخصية لوظائفها وجميعها كامنة وراء الظاهرة أو عبارة عن مفاهيم الهوية غير المادية وهي كامنة في بناء الشخصية .

١. المنظور البنائي :

فيه يري فرويد أن النفس البشرية وكأنها بناية أو مبني يتم اكتمالها بصورة تدريجية في السنوات الأولي من حياة الإنسان ، والنفس البشرية تتكون في مرحلتها الأولي من الآتي :

أ) **الهو** ID.

وهي عبارة عن الجزء البدائي الوحشي أو المتوحش من العقل البشري وهو مكمن أو مستودع الدوافع والغرائز الجامحة والمدمرة والشريرة ، كالعدوان والأنانية وحب التملك ، وهذه الغرائز لابد من السيطرة عليها أو التحكم فيها في

مرحلة الطفولة المبكرة، بمعني آخر لابد من ضبطها . والدوافع العدوانية لليبيدو توجد في كل الثقافات.

ب) الأنا Ego

وتتكون من خلال الخبرات التي يمر بها الإنسان ووظيفتها الأساسية هي كبح جماع الهو من خلال الجزاء علي الصواب والعقاب علي الخطأ، وبما أن الأنا تمثل الوسيط بين الهو ID والعالم الخارجي ومكوناته ، فإنه يتم أيضا استيعابها بواسطة الإنسان ، ولكن في مساحة أخري من النفس البشرية أطلق عليها فرويد الأنا العليا.

ج) الأنا العليا Super-Ego

تنمو مع الشخص وتعتمد علي التنشئة الاجتماعية بالذات الوالدية ، وتعمل في منطقة لا شعورية وتعتمد علي المعايير والقيم السائدة في المجتمع ولها جانبان إثنان :

١. الضمير:

وهو يمثل كل المحرمات والنواهي ، ويعمل كحكم للأخلاق أو كقاضي يقيم سلوك الأفراد ، والضمير يتكون في المراحل الأولي من الحياة (الطفولة) وهذه المرحلة تؤثر بصورة مطلقة في حياة الانسان المستقبلية سواء بصورة واعية أو غير واعية في الغالب .

٢. الذات المثالية : Ideal Self

فيها كل المثل والأخلاق ومعظمها مستمدة من الدين وأن الصورة المثلي لحياة الإنسان هي أن يحدث توازناً مرناً في التفاعل بين مكونات النفس البشرية ، وهي الهو والأنا والأنا العليا بأن لا يطغي أي واحد من هذه المكونات علي المكونين الآخرين . كما يركز فرويد علي العلاقة بين الوعي (Conscious) وما قبل الوعي Preconscious واللاوعي Unconscious في العقل البشري .

ومن أهم المفاهيم التي تحدث عنها فرويد :

الطفل في نموه ينتقل من التمحور حول ذاته إلي مرحلة موضوعها الاعتماد علي الغير ومن الالتصاق بالوالدين إلي الإعجاب وحب الوالدين ومن

العلاقة الحميمة إلي الثقاني . وهو ما يطلق عليه عقدتي (او ديــب والكتــرا) ، حيث يرغب الطفل (الذكر) في الارتباط الاوثق بوالدته بينما ترغب البنــت فــي الارتباط بوالدها ويصبح واجب الخدمة الاجتماعية في الحــالات المرضــية أو الاضطرابات النفسية هو الكشف عن هاتين العقدتين النــابعتين مــن اللاوعــي (الــID) مكمن الدوافع والغرائز الجامحة أو المدمرة ، كما أن فرويد يركز علي عملية مراحل النمو والتي اطلق عليها مراحل اللذة Libido والتي تبدأ بالمراحل التالية :

١. **المرحلة الفمية** : Oral stage

وهي مرحلة الرضاعة حيث يتم الاشباع عن طريق الفم واي معوقــات لهذه الاشباعات ، تنجم عنها مظاهر عقد معينة أو لازمات منها مــثلا رضــاعة الأصابع وقضم الأظافر .

٢. **المرحلة الشرجية** : anal stage

وهي المرحلة التي تتم فيها عملية الاشباع عن طريق الإخراج، والشذوذ الجنسي مرتبط بعدم الإشباع في هذه المرحلة.

٣. **المرحلة القضيبية** : phallic stage

وهي مرحلة اكتشاف النوع أو الأعضاء التناسلية للطفل حيــث يفــاخر الطفل الذكر بعضوه التناسلي ويتباهي ، بينما تعتقد الأنثي بأن عضوها قد قطــع عندما تقارن نفسها مع طفل ذكر وأن أي خطأ في عملية التربيــة أو التنــشئة الاجتماعية وفقا للمراحل التي ذكرها فرويد وهي (المرحلة الفميــة والــشرجية والقضيبية) سيؤدي إلي اضطرابات نفسيه حالية أو مسقبلية

٤. **مرحلة البلوغ** :

وهي خليط من المشاعر المتناقضة: الثقة وعدم الثقة الجــرأة والــشعور بالخجل والشك والبراءة والشعور بالذنب والابتكار ، الهوية – وضــياع الهويــة (الحميمية – العزلة) (التجديد– الجمود) – (الكرامة – إليأس) . ومــن مظــاهر الاضطرابات الحالية والتي قد تستمر مع الطفل طول حياته.

أ) **ظاهرة التثبيت** fixation : فالطفل المدلل بالحنان الزائد عن الحد قد يظل مدللا طوال حياته وخاصة الأولاد ، فيظل معتمدا علي الآخرين . وعندما يتزوج يتوقع أن تعامله زوجته معاملة والدته له ، وغالبا ما تؤدي مثل هذه الحالات إلي فشل في الحياة الزوجية أو اضطرابها ، فعلي الاخصائي الاجتماعي ان يكتشف هذا الجانب بالرجوع إلي مرحلة الطفولة التي عاشها العميل . والمظهر الثاني من العقد التي تتكون في هذه المرحلة من مراحل النمو هي مايسمي بظاهرة:

ب) **النكوص** : Regression وهي تتمثل في أن العميل الذي يعاني من هذا النوع من الاضطرابات يتقهقر إلي مراحل سابقة من حياته أو نموه ولا يستطيع مواجهة الحياة فمن مرحلة النضج قد يتراجع إلي مرحلة المراهقة .

ج) **ظاهرة المقاومة** Resistance وهي تعني عدم الاعتراف بالحقيقة والنكران ، بما فيها من سلوكيات تعكس خللا أو اضطرابا في الشخصية ، كالكذب والإسقاط والمراوغة غير الواعية في التعبير عن المشاعر والرغبات والمخاوف والدفاع عن الذات .

هـ) **ظاهرة الاسقاط** : Projection

وهي إلغاء اللوم علي الغير ، بمعني آخر اسقاط الضعف أو السلوك غير السوي علي الأخر كوسيلة للدفاع .

د) **ظاهرة سقطات اوزلات اللسان** : slips of the Tongue

وهي تظهر في الدوافع الكامنة في الإنسان ، أي الدوافع اللاشعورية ، والأشياء التي يحاول الاخصائي اكتشافها هي الدوافع المسيطرة علي الشخص من خلال زلات اللسان ، ولذلك فإن علي الاخصائي الاجتماعي أن يتبع إجراءات أو تقنيات مهنية توظيف نظرية التحليل النفسي وأهم هذه التقنيات :

١. علي الاخصائي الاجتماعي ان يبذل أقصي جهد لاكتشاف اللاوعي كمحرك أساسي للعميل في تواصله وسلوكياته ، وأن يصبح المعالج لوحة أو شاشة بيضاء يسقط عليها العميل كل ما يمكن أن يشكل مخزون لاوعيه، وأن يشجعه المعالج علي ذلك .

٢. علي الاخصائي الاجتماعي المعالج أن يكون واضحاً وصريحاً في تواصله مع العميل ، وفي النتائج التي توصل إليها من خلال تعامله مع العميل .

٣. أن يتيح فرصة كاملة للعميل في التعبير عن مشاعره أو مخاوفه ، بمعني أن يطلق له العنان للتحدث عن مشاكله وأن يصبر علي ذلك، وعلي الرغم من ان العميل قد يرحب بما أتيح له من حرية التعبير بكل ما يدور في ذهنه ويشعر نتيجة ذلك بتحسن حالته، إلا أن العملية تتحول في مرحلة معينة إلي عملية مؤلمة ومقلقة للعميل عندما يشعر بأنه قد كشف عما كان يصر علي إخفائة من جوانب حياته وخبراته ومشاعره وأفكاره بما يشعره بالخجل والندم علي ما أباح به من خصوصيات .

٤. عليه أن يستمع جيدا للعميل وأن يكون يقظا في إلتقاط الأحاديث والكلمات والتعبيرات التي تنبئ عن مشاكل يعاني منها العميل كسقطات اللسان أو عمليات الإسقاط أو المقاومة أو النكوص أو التثبيت .

٥. بعد أن يستوعب الاخصائي الاجتماعي ما أدلي به العميل من أحاديث ، فإن عليه أن يدخل معه في علاقة تشبه التحدي ، ولكنها ليست تحديا إنما كمواجهات بالحقائق أو بأنه متناقض فيما يقوله أو أن يتوقف ويستوضحه فيما يقول، أو يراجعه فيما يقول بإثارة الأسئلة أو ترديد ما قاله للتأمين عليه أو تشكيكه فيما قاله للتأكد منه .

٦. علي الاخصائي الاجتماعي أن لا يظهر الملل أو الضعف أو التبرم مما يدلي به العميل من أقوال .

٧. إن وظيفة خدمة الفرد تتمثل في تسهيل توافق العميل الاجتماعي ومساعدته علي مواجهة وفهم وتقبل مسؤولياته والتعامل بصورة بناءة مع حقائق محددة في مواقف محددة بناء علي قدراته في محيطه الاجتماعي،

ومن الملاحظات التي ابداها بعض الدارسين علي توظيف نظرية التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية ، ما يلي :

(Davies, 2004; pp:81-183)

١. التاثير واسع الانتشار لفرويد وشهرته في الثقافة الغربية هي التي أتاحت الفرصة لأن تكون أفكاره رائجة التداول في الخدمة الاجتماعية وليس لأن نظريته يمكن أن تطبق بصورة مباشرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

٢. تأثير فرويد في الخدمة الاجتماعية تأثير متقطع، حيث كان يتم الكشف عن أعماله في مراحل مختلفة وفي كل مرحلة تسود فكرة معينة وتسيطر علي مجال الممارسة كما حدث بالنسبة لمفاهيم سيكولوجية الذات .

٣. **أفكار الديناميكية النفسية** : Pshchodynamic كانت هي الأكثر تأثيرا في ممارسة الخدمة الاجتماعية وخاصة طريقة خدمة الفرد ، وقد أثرت أساليبها العلاجية في تحديد العلاقة بين الاخصائي الاجتماعي والعملاء التي تتطلب قدراً كبيرا من التسامح والانفتاح والاستماع لما يمكن عمله إزاء هذه الشخصية .

٤. لقد أولت نظرية التحليل النفسي إهتماما بعيد المدي لعوامل المشاعر واللاوعي أكثر من إهتمامها بالأحداث الفعلية التي أثرت في حياة العميل ، كما يركز مدخل التحليل النفسي علي ما يجري داخل النفس البشرية أكثر من التركيز علي ما يجري في البيئة الخارجية المحيطة بالعملاء .

٥. مرونة نظرية التحليل النفسي من جهة وتعقيداتها من جهة أخري جعلتها أكثر جاذبية للمنظرين والممارسين لمحاولة استكشافها .

٦. قيام منظمات وروابط مهنية تتمسك بتوظيف نظرية التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية علي وجه العموم وفي خدمة الفرد علي وجه الخصوص.

٧. ومما يؤخذ علي نظرية التحليل النفسي من الناحية الاجتماعية أن العملية العلاجية فيها تستند إلي أيديولوجية الطبقة الوسطي ، فالعملاء من الطبقة الوسطي أكثر قدرة علي التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم من العملاء من الطبقة العاملة ، كما لم تهتم نظرية التحليل النفسي بقضايا الإصلاح الاجتماعي والعدالة .

٨. تنطوي نظرية التحليل النفسي علي كثير من المصطلحات والمفاهيم التي تسئ إلي العملاء وتصمهم بأوصاف قد لا تقبلها الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها.

الفصل الثاني

النظرية الوظيفية لممارسة الخدمة الاجتماعية

Functional theory

لقد أثرت نظرية فرويد في التحليل النفسي ومفاهيمه عن نمو الشخصية تاثيرا واضحا خلال العشرينيات والثلاثيات من القرن الماضي (العشرين) ويطلق عليها التحليل النفسي العلاجي كما يطلق عليها مدرسة التشخيص، ذلك أن هذه النظرية قد تأثرت بالطب النفسي في مراحل علاجها وخطواتها وهي ثلاث مراحل كالآتي : الدارسة والتشخيص ثم العلاج .

وقد تأثر معظم رواد الخدمة الاجتماعية بهذه الممارسة خاصة في المؤسسات الخيرية أو جمعيات البر والإحسان وقد استمدت كل هذه الممارسات أصولها من كتاب ميري رتشموند (التشخيص الاجتماعي) وقد كانت ميري رتشموند تعتبر الرائدة في تطبيق المداخل الفرويدية في ممارسة الخدمة وكذلك مؤسسات الخدمة الاجتماعية من النساء ، وقد نأت الخدمة الاجتماعية بنفسها تدريجيا عن نظرية التحليل النفسي واتبعت مدخلا مختلفا لممارسة الخدمة وهو ما يطلق عليه المدرسة الوظيفية ، وتعتبر نظرية تتصل اتصالات مباشرا ، بل وتعتبر جزءا لايتجزأ من النظرية الوظيفية البنائية في علم الاجتماع، فالناس وفقا لمفهوم هذه النظرية يحتلون اوضاعا positions في البنية الاجتماعية ، وأن كل انسان له دور مرتبط بهذا الوضع أو الموقع والدور (Role) عبارة عن منظومة من التوقعات أو السلوكيات مرتبطة بالوضع الذي يشغلة الإنسان في البنية الاجتماعية ، فالأدور ينظر إليها دائما في محيط العلاقات الاجتماعية، فالأدوار هي التي تشكل هوية الإنسان كما يراه الآخرون وهي تنبثق من توقعاتنا أو توقعات الآخرين من حولنا، كما يذهب إلي ذلك بعض علماء الخدمة الاجتماعية مثل Davis, Strean فبعض هذه الادوار موضوعة سلفا وبحكم الطبقة كدور

المرأة أو دور الرجل ، أو بحكم الفئة العمرية أو بحكم مقدرات ومهارات مكتسبة كدور الطبيب، ومنظور الدور عبارة عن مجموعة من الادوار تصاحب الانسان أو ترتبط بموقعه أو وضعه الاجتماعي فالشخص في دروه كأب يتوقع منه أان يكون مصدرا لدخل الاسرة وان يكون زوجا واخا أو جدا الخ.

ويحدث اضطراب الأدوار بالنسبة للعميل عندما لا تتكامل هـذه الأدوار فيما بينها وتتصارع ، ومن ثم لا تتناسب أو لاتتلاءم سلوكيات العميل مع توقعات الآخرين من حوله أو علي العكس من ذلك حينما لا تتلاءم سلوكيات الآخرين مع توقعات العميل ، وقد تصاحب كل ذلك الاضطرابات في أداء الأدوار مـن قبـل العميل ، وينجم عند ذلك غموض الدور وعدم وضوحه وصعوبة أدائـه أو أداؤه بصورة خاطئة ولذلك علاقة وثيقة بأدور الاخصائي الاجتمـاعي نفـسه ، فمـن المفترض في الاخصائي الاجتماعي أن يميز في ممارساته المهنية بين اتجاهاتـه وسلوكياته الشخصية وبين سلوكة المهني المتوقع حتي يتسطيع أن يؤدي المتوقع منه في ضوء الوضع الذي يشغله، ولكن تأدية هذا الدور قد تحمل في طياتها قدرا من تناقض أداء الدور، فبينما تطالبه أخلاقيـات الممارسـة المهنيـة بالانفتـاح والصراحة في علاقته مع العميل ، إلا أن هذه الأخلاقيات نفسها تطالبه بالحفـاظ علي علاقة مهنية صارمة مع العملاء قد تحول دون الصراحة والوضوح وهـذا مايعرف بالمسافة المهنية التي تفصل بين الاخصائي الاجتماعي والعميل .

بالإضافة إلي ماسبق ، فإن أداء الدور من قبل العميـل فـي وضـعية اجتماعية معينة قد تتطلب منه أن ينغمس بصورة أكبر في أداء دور مـضطرب وسلوكيات غير سوية ، لانه يتصرف وفقا لتوقعات الآخرين ، ومن هنا فإن هناك ارتباط وثيق بين نظرية الدور ونظرية الوصمة labeling theory فـي علـم النفس الاجتماعي من جهة والنظرية الوظيفية البنائية، فبنية المجتمع قد تخصص مساحات معينة أو مواقع ليشغلها المجرمون علي سبيل المثال، ولكي يشغلوا هذه المواقع فإن عليهم أن يقوموا بأدوار وسلوكيات المجرمين كما يتوقع منهم مجتمع السلطة الغالبة، والسلوكات غير السوية هي التي تعزز وتـدعم مـن وضـعهم ودورهم كمجرمين، ينتمون في غالب الأحوال إلي جماعات الأقليات الاجتماعية،

وينطبق هذا علي طلقاء السجون ، فقد يصمهم المجتمع بالسجناء أو المجـرمين علي الرغم من إطلاق سراحهم أو إكمال مدة عقوبتهم ، كمـا أن المجتمـع قـد يعاملهم بحذر وتخوف .، ومثل هذه الحالات أيضا تطبق علي من تم شـفاؤهم أو علاجهم من المرضي العقليين والنفسيين فعلي الرغم مما يتمتعون به من صـحة عقلية ونفسية، فقد يصمهم المجتمع بالجنون

فالمدرسة الوظيفية تنظر للعميل في وضعه الراهن ولا تهتم بتاريخ حياته ولا ينظر إلي العميل إلا علي أساس أنه جزء لا يتجزأ من المؤسسة وعلي مدي قيامها بوظائفها تتوقف العملية العلاجية التي وضعت أسسها روث اسمولي Ruth Smalley وقد أطلقت عليها الخدمة الاجتماعية التحويلية وفقا لمـا جـاء فـي نظريتها التي أطلقت عليها نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية التي تنطلـق مـن المبادئ التالية:

١. عملية التشخيص يجب أن ينظر إليها فـي ضـوء اسـتخدامات الخـدمات الاجتماعية بواسطة العملاء .
٢. إن مراحل العلاج في الخدمة الاجتماعية أو خطواته يجب أن تختلـف عـن خطوات العلاج في الطب النفسي وأن العملية العلاجية في المدخل الـوظيفي تمر بثلاث مراحل:

   أ) البداية ب) الوسط ج) النهاية .
٣. التركيز علي وظائف المؤسسة ومحتواها ، أو نوعية الخدمات التي تقـدمها هي التي توجه ممارسة الخدمة الاجتماعية ، وأن هـذه المؤسـسة تخـضع لمحاسبية المجتمع ، والمحاسبية تقتضي الشفافية، بمعني أن تكون البيانـات والمعلومات متاحة للجهات ذات الاختصاص التي تقوم بالتفتيش أو المتابعة أو المراقبة .
٤. ممارسة المؤسسة لوظائفها تقوم علي بنية مؤسسية متدرجة وواعية لأدائهـا للوظائف ، ولذلك فإن العلاقة بين العميل والمؤسسة علاقة واعية ،بمعني أنها محددة ومخططة . والمحرك للعميل في علاقته بالمؤسسة هو وعيه بمدي ما

تقدمه له من خدمات ، خلافا لنظرية التحليل النفسي التي تري أن المحـرك الاساسي للعميل هو اللاوعي ، ولذلك يجب أن ينظر إلي المؤسسة علـي أساس أنها كل متكامل أو أنها كالجسد الواحد (اذا اشتكي منه عضو تداعي له سائر الجسد بالسهر والحمي) (Turner, 1996;pp;46-68)

٥. أن كل عمليات الخدمة الاجتماعية تتضمن العلاقة التي تحدد فـي ضـوئها الاختيارات والقرارات التي تساعد العملاء ، وهي قـرارات أو اختيـارات هادفة، وأن هذه القرارات قد تتأثر بها أو توظفها طرق الخدمة الاجتماعيـة الأساسية المتمثلة في طريقة خدمة الفرد والجماعة وتنظيم المجتمع .

ومما سبق يتضح لنا ان ممارسة الخدمة الاجتماعية تقوم علي مبادئ أساسية وفقا للمنظور الوظيفي وهي :

أ. عامل الوقت والتوقيت .

ب. حرية الاختيار وفقا لمبدأ تقرير المصير الذي تحدده أدوار العميـل وأدوار الاخصائي الاجتماعي

ج. بنية المؤسسة وسلطاتها وخدماتها ووظائفها .

ومما سبق يمكن توظيف المدخل الوظيفي في خدمة الفرد علي النحو التالي :

١. شمولية طرق الخدمة الاجتماعية وتكاملها في ممارستها وذلك خلافا لنظرية التحليل النفسي التي توظف أساسا خدمة الفرد ، كما ان شمولية الخدمة تعني فيما تعني أن النظرية الوظيفية في الخدمة الاجتماعية يمكن تطبيقها في شتي مجالات الخدمة الاجتماعية مثل الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية والأسرية والخدمة الاجتماعية المدرسية والعمالية .. الخ . كما أنه يمكن توظيفها فـي العمليات الإدارية وفي الاستشارات وفي التخطيط والمتابعة .

٢. النظرية الوظيفية لا تؤمن بالتخصص حسب الطرق أو مجالات الممارسـة ولكنها تؤمن بالممارسة الشمولية بحيث يصبح الاخصائي قادرا علي ممارسة خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع. وفي شتي مجالات الممارسـة وبذلك تتكامل طرق ومجالات الخدمة الاجتماعية .

٣. أكد دكتور كورنر (Dr. Corner) وأخرون أن للنمو الجيني للإنسان غرض وهدف يتمثل في:

أ. طبيعة النمو البشري لها غاية ومرتبة وتسير نحو الأفضل بصورة مستمرة ، والإنسان قادر علي الحفاظ علي حياته وصحته وعلي تعديل مستمر في حياته وبيئته وفقا لرغباته في حدود الفرص المتاحة له .

ب. التفاعل بين البيئة والموهبة الطبيعية للإنسان يلعب دوراً اساسياً في نموه.

ج. هنالك اختلاف أصيل وطبيعي بين الإنسان والكائنات الحية الأخري ، وبين الإنسان والإنسان.

د. المنظور النفسي المرضي للإنسان وكأنه مريض بطبعه تم رفضه واستبداله بمنظور نفسي إيجابي نحو قدرة الإنسان واستطاعته علي إحداث التغيير .

ه. مدرسة التشخيص أو التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية التي تركز علي ماضي العميل قد تم تجاوزها وحل محلها المنظور الوظيفي الذي يركز علي الخبرات الحالية وقدرتها علي النمو .

و. مفهوم العلاج حل محله مفهوم الخدمات وعملية المساعدة التي توظف العلاقات والتفاعل الديناميكي للاخصائي الاجتماعي كمساعد والعميل كطرف حاسم في هذه العملية.

ز. العميل يمثل محور الممارسة المهنية ، وهو يتعاون وفقا لإرادته ورغباته الواعية .

ح. الاخصائي الاجتماعي لا يتحمل وحده المسؤولية في الممارسة المهنية، فالعميل يعتبر أيضا مسؤولا ، وعلي الاخصائي الاجتماعي أن يتقبل العميل كما هو وأن يعترف بالاختلافات الفردية بين العملاء ، كما أن علي العميل ان يتقبل المساعدة وأن يوظف مقدراته وطاقاته ويفجرها بتنظيم خبراته وتجاربة في حل مشكلته الراهنة .

ط. التشخيص يجب أن يرتبط إرتباطاً وثيقا بتوظيف الخدمات فـي شـراكة كاملة مع العميل .

ي. يجب ان ينظر إلي المؤسسة الاجتماعية علي أساس انها ملتقي اهتمامات المجتمع والفرد علي حد سواء .

ك. النظرة الوظيفية المؤسسية يجب أن تميز تمييزا واضحا بين الاخصائي الاجتماعي والعميل، والمؤسسة يجب أن تقدم خدماتها بصورة مستمرة.

الفصل الثالث

نظرية الأنساق الكبرى في ممارسة الخدمة الاجتماعية

Systems theory

نظرية الأنساق الكبري في ممارسة الخدمة الاجتماعية تركز علي الوضع الراهن للعميل سواء كان فردا أو جماعة أو مجتمعاً، وينصب اهتمامها علي تحديد أو إنجاز ثلاث مهام تمثل العملية العلاجية في مستقبل العميل وهي :

١. استمرار نسق العميل .

٢. تفاعل نسق العميل.

٣. التوازن الاجتماعي لنسق العميل .

٤. تباين النسق.

٥. النظرة الكلية .

٦. التأثير المتبادل.

والعميل في مفهوم النظرية الوظيفية وكذلك نظرية الأنساق يرتبط بمنظومة من العلاقات الأخري المتفاعلة مع كل هو اكبر من مجموعه (القشتالت). وأن النسق الكلي قادر علي تجديد نفسه حتي ولو غابت بعض العناصر المكونة له .

ولقد أثرت نظرية الأنساق تأثيرا رئيسيا في نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية وتفرعت إلي حقل كبير يتجه لوضع حلول مختلفة لمواقف اجتماعية متفاعلة وبالغة التعقيد ومن منطلق أن الكل أكثر أو أكبر من مجموعة أجزائه .

ونظرية الأنساق تساعد الأخصائي الاجتماعي علي فهم العملاء سواء كان هؤلاء العملاء أفرادا أو جماعات أو مجتمعات لأنها تنطلق من مفاهيم مصطلحات محددة وتتمثل فيما يلي :

١. بنية النسق : حيث يتكون النسق بصورة متدرجة في بنيته الإدارية ومهامها ، كالمؤسسات الاجتماعية أو التعليمية (Bynee, 1991, pp:134-147) .

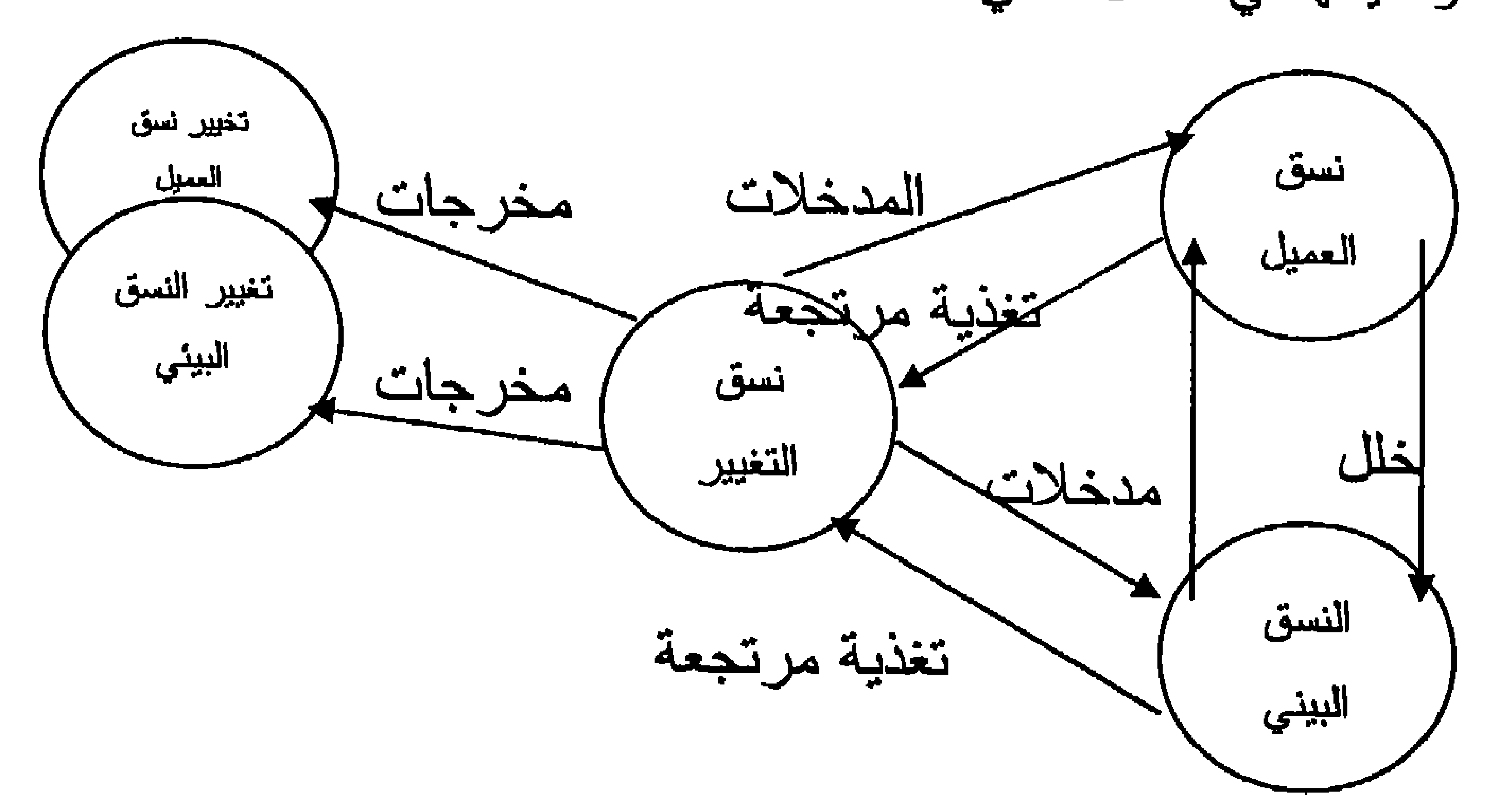
٢. دائرة النسق محددة : من أين يبدأ أو إلي أين ينتهي .

٣. مدخلات النسق In-puts

٤. تفاعلات النسق .

٥. مخرجات النسق Out Puts--.

٦. توازنات النسق. ولذا فإن العملية العلاجية وفقا لنظرية الانساق الكبري يمكن توضيحها في الشكل التالي:



إن من أيجابيات نظرية الأنساق الاجتماعية في ممارسة الخدمة الاجتماعية انها تعتبر نظرية اطار منظم للممارسة يسمح باستخدام عدد من المداخل في التدخل المهني في العمل مع العملاء ، بمعني آخر أنه يتيح خيارات عديدة للعملاء ولا يضعهم أمام خيار واحد ، وإضافة لما سبق ، فإن مدخل الأنساق يحول الاهتمام من الفرد إلي تعاملات العميل مع عدد من الأنساق الأخري، ولذلك فإن هنالك ثلاثة عناصر تميز مدخل الأنساق عن بقية المداخل كالآتي :

١. التعامل مع العميل باطار مجتمع أشمل .

٢. النظر للأفراد علي أساس أن لهم هدفا في الحياة وأنهم يسعون لتحقيق ذلك الهدف ، ويستطيعون ذلك ، وأن نموهم وأداءهم لوظائفهم هما محصلة ونتيجة للتفاعل بين مقدراتهم الجسدية والبيئة التي يعيشون فيها .

٣. نظرية الأنساق تساعد العملاء علي إعادة تأهيلهم بما يمكنهم من النمو والقدرة علي التكيف، وتطوير البيئة التي يعيشون فيها، عبر مراحل محددة مرتبطة بالعملية العلاجية في مدخل الأنساق والتي تتمثل فيما يلي :

١) مرحلة تطور الحاجة إلي إحداث تغيير في نسق العميل وهي مرحلة الاتصال المبدئي أو المرحلة الأولي للعمل ويقصد أن يطلب العميل المساعدة أو تشجيعه علي أن يطلب المساعدة وأن يتقبلها .

٢) مرحلة إقامة شراكة بين العميل والاخصائي الاجتماعي من أجل التغيير، بمعني آخر المحافظة علي بقاء العلاقة المهنية واستمراريتها وتطويرها .

٣) مرحلة التشخيص ، ويقصد بها تحديد المشكلة التي يعاني منها العميل وهذه المرحلة تتطلب تحديد المشكلة سواء كانت متعلقة بالنواحي الاجتماعية أو السلوكية، بالإضافة إلي تحديد العوامل المؤثرة في المشكلة وهي في الغالب ليست عاملا واحداً، ولذلك فإنها تشمل عوامل اقتصادية وعوامل نفسية، وقد تكون أيضا عوامل مرضية سواء كانت أمراضا عضوية أو نفسيه أو عقلية .

٤) مرحلة وضع الأهداف والبدائل للخطة العلاجية ويطلق عليها أيضا المساعدة .

٥) مرحلة تحويل الخطط إلي محاولات إحداث تغيير حقيقي في نسق العميل .

٦) مرحلة تعميم التغيير وتثبيته واستقراره .

٧) المرحلة السابقة هي مرحلة انهاء العلاقة المهنية وهي من المبادئ الأساسية في الخدمة الاجتماعية .

وهنالك من الدراسين من يقترح مراحل أخري لكل منها مهاراتها للممارسة في الخدمة الاجتماعية من منظور نظرية الأنساق (١٩٧٣) Pincus and Minahan و Goldstein وتتمثل هذه المراحل فيما يلي :

١. تقييم المشكلة ولكل مشكلة ثلاثة أجزاء تتكون منها وهي

(١) الظروف والأوضاع الاجتماعية

(٢) الناس الذين يقررون بأن هذه الظروف تمثل مشكلة

(٣) الأسباب التي أدت إلي هذه المشكلة .

٣. القيام بالاتصال المبدئي مع الأنساق المساعدة في حل المشكلة .

٤. التعاقد بين الاخصائي الاجتماعي والعميل للاتفاق علي حل المشكلة وتحديد الحقوق والواجبات علي كل طرف من الأطراف .

٥. وضع إجراءات محددة لنظام العمل لحل المشكلة .

٦. تنسيق العمل بين مختلف الأطراف ذات الصلة والمحافظة عليها .

٧. التفعيل المستمر لأنساق المساعدة .

٨. إنهاء العلاقة المهنية بعد القيام بالتقويم النهائي لما تم انجازة وترسيخ جهود التغيير التي تمت عبر جميع المراحل السابقة.

وهناك من نظر إلي دور الاخصائي الاجتماعي من خلال تطبيقه لنظرية الأنساق الاجتماعية والذي يشمل الآتي :

١. يمكن الأنساق من ادائها لوظائفها . (الممكن)

٢. يعلم العملاء مهارات حل المشكلة وكيفية جمع المعلومات (المعلم)

٣. يلعب الاخصائي دوراً أساسيا في تسهيل الإجراءات الخاصة بمساعدة العميل (المسهل)

٤. تحرير العميل من الضغوط التي يواجهها سواء كانت هذه الضغوط نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية (المعالج).

٥. يلعب الاخصائي دور الوسيط بين العميل والمؤسسات الأخري . (الوسيط)

٦. من واجب الاخصائي الاجتماعي ان يحث العملاء ويشجعهم علي الكشف عن احتياجاتهم والسعي لإشباع هذه الإحتياجات (المحرض) وتنقسم الاحتياجات إلي انواع :

أ. احتياجات محسوسة أو ملموسة (felt needs) وهي الحاجات التي يحس بها العملاء ويسعون بطريق أو أخري إلي التعبير عنها وطلب وإشباعها.

ب. إحتياجات غير محسوسة ولا ملموسة وهي الإحتياجات التي لا يحس الإنسان بضرورة إشباعها علي الرغم من أهميتها، فالأمي مثلا قد لا يحس بالحاجة إلي التعليم أو محو أميته، وبعض المرضي قد لا يعون مرضهم أو أسباب المرض وخاصة في المناطق الريفية كأسباب الملاريا مثلا، أوفي المناطق الحضرية كأسباب انتشار مرض الايدز (مرض نقص المناعة المكتسب).

ج. هنالك احتياجات يمكن أن نطلق عليها تطلعات أو أمنيات وهي من الممكن أن تكون أمنيات حقيقية يمكن إشباعها أو أمنيات تخيلية لا يمكن إشباعها .

د. الاحتياجات المقارنة (comparative needs) وهي الحاجات التي يعاني الناس من عدم إشباعها ، بينما هي مشبعة لدي غيرهم من الناس الذين يعيشون ظروفهم نفسها .

ه. الحاجات النمطية Normative needs وهي الحاجات التي يحددها الخبراء أو المهنيون ويطالبون بإشباعها لمن هم في أمس الحاجة إليها كاحتياجات الجماعات المحرومة أو المعرضة للحرمان.

٧. دورة الاخصائي الاجتماعي في حماية العملاء ودفع الظلم عنهم (المدافع)

٨. دور المنظمة كشبكة للعلاقات بين مختلفه الأنساق كالتنسيق بين وزارة الرعاية الاجتماعية وديوان الزكاة أو التنسيق بين عمادة الطلاب والصندوق القومي لدعم الطلاب، بما يتيح فرصة للتواصل أو خلق شبكات جديدة من العلاقات الاجتماعية بواسطة الاخصائي الاجتماعي (المنسق).

المدخل التكاملي إلي تطبيق الأنساق في الخدمة الاجتماعية :

هناك ثلاثة أنواع من الأنساق كالآتي :

١. الأنساق الطبيعية : كالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل .. الخ

٢. الأنساق غير الرسمية : كالجماعات المهنية والمجتمعية .

٣. الأنساق التخصصية المؤسسية الرسمية كالمدرسة والمستشفي.

فالذين يواجهون مشكلات هم أناس غير قادرين أو غير راغبين في الاستفادة من توظيف انساق المساعدة للأسباب التالية :

١) ربما كانت هذه الأنساق غير موجودة في حياتهم أو ليس لديها الموارد الضرورية لتقديم المساعدة .

٢) أو ربما كانت غير ملائمة لحل المشكلة .

٣) ربما كان الناس يجهلون وجودها .

٤) سياسات نسق المساعدة ربما نتجت عنها مشكلات جديدة لمن يريد الاستفادة.

٥) ربما كانت الأنساق متعارضة بين بعضها البعض في دواخلها .

أهداف الخدمة الاجتماعية من منظور نظرية الانساق:

أن تؤدي وظائفها من خلال :

١. مساعدة الناس علي استخدام وتطوير مقدراتهم الخاصة لحل مشكلاتهم .

٢. إقامة حملات توعية جديدة بين الناس .

٣. تحسين التفاعل داخل نسق الموارد.

٤. المساعدة علي تطوير أو تغيير السياسات الاجتماعية .

٥. إعطاء مساعدة عملية .

٦. العمل كأجهزة للضبط الاجتماعي .

مكونات النسق في الخدمة الاجتماعية :

١. نسق المؤسسة (نسق المغير) ويتكون من :

أ) الاخصائيين الاجتماعيين .

ب) المؤسسة .

٢. **نسق العميل** : ويتكون من الجماعات أو الأسر أو المجتمعات التي تبحث عن المساعدة وتدخل في علاقة مع نسق المؤسسة وينقسم النسق إلي :

أ) العملاء الحقيقين الذين أقروا بطلب المساعدة ودخلوا في علاقة فعلية .

ب) عملاء محتملين وهم أولئك الذين يحاولون أن يشملهم نسق المغير بعمله

٣. **النسق المستهدف** : هم أولئك الأشخاص الذين يحاول نسق المغير إحداث تغيير فيهم لتحقيق أهدافه أو يمكن أن يكونوا هم العملاء أو لا يكونوا كذلك.

نسق العمل :

هم أولئك الذين يعمل معهم نسق المغير لتحقيق أهدافه (يمكن أن يكون أو لا يكون العميل هو المستهدف .

٤. طبيعة العلاقة بين نسق المغير (الاخصائي الاجتماعي) وبقية الانساق تتدرج تحت الاتي :

أ) علاقة تعاون مع نسق آخر أو أكثر عندما تتوحد الأغراض .

ب) علاقة مساومة عندما تكون هناك حاجة لتفاهم جميع الأطراف مع بعضهم البعض وتساؤلات من الأطراف للوصول إلى اتفاق .

ت) علاقة صراع عندما تختلف الأطراف .

مصادر الخلل في توازن النسق :

- مثلا نسق الأسرة عندما تتحول من ريفية إلي حضرية .

١. تحولات الحياة – مرحلة النمو – تغيير الأدوار الاجتماعية مثل اختلاف الادوار من دور الزوجة إلي مطلقة .

٢. الضغوط البيئية – خلل في النظام الاجتماعي كعدم المساواة والظلم وقسوة الظروف وعدم تجاوب المؤسسة والبطالة والتلوث .

٣. التجارب الذاتية المريرة – التعرض للاستغلال البشع – واختلاف أو عدم اتساق التوقعات وهذه تؤدي إلي خلل اذا كان هذا النسق قد تعرض إلي استغلال بشري مثل الايذاء وإبتزاز الزوج لزوجته أو الزوجة لزوجها أو الابتزاز الاقتصادي .

وخلاصة نظرية الانساق الكبري في الخدمة الاجتماعية تتمثل فيما يلي :

١. التركيز علي تغيير البيئة أكثر من التركيز علي المداخل النفسية في ممارسة الخدمة الاجتماعية .

٢. التركيز على تأثير الناس في بعضهم البعض أكثر من التركيز علي الأفكار والمشاعر الداخلية للعملاء كأفراد .

٣. علي الأخصائي الاجتماعي ابتكار طرق بديلة لتحقيق الأهداف ، وخفض أو إزالة الوصمة الناجمة عن سلوكيات متنوعة للعملاء وعن النظم الاجتماعية ، بدلا من التركيز علي سواء الشخصية أو إنحرافها.

٤. منظور الأنساق الكبري في الخدمة الاجتماعية منهج تكاملي يعمل ويتدخل مع الأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات (الانساق الصغري والوسيطة والكبري) وبذلك يمكن تجنب الجدل حول ما إذا كانت الخدمة الاجتماعية يجب أن تركز علي تغيير الفرد أو الإصلاح الاجتماعي .

٥. منظور الأنساق الكبري في الخدمة الاجتماعية يتجنب الحتمية في طرحه لحلول مشاكل العملاء ، فالسلوك يكون مسؤولا عن المشكلة، كما أن المشكلة قد تكون عبارة عن ظاهرة اجتماعية .

٦. العلاقات بين الاخصائي الاجتماعي وغيره من الأجهزة المعنية قد تكون تعاونية أو علاقة مساومة أو علاقة صراع .

الفصل الرابع

نظرية الادارك في ممارسة الخدمة الاجتماعية

COGNITIVE THEORY

لقد حلت نظرية العلاج الادراكي السلوكي (Cognitive Behavicoral Therapy) والتي تعرف اختصاراً بـــ (Cbt) محل النموذج النفسي التقليدي في الخدمة الاجتماعية ، وهو مفهوم متحجر يركز علي النموذج الطبي في ممارســة الخدمة الاجتماعية ، حيث يتم تحديد الأعراض المرضية العامة للاضــطرابات العضوية قبل بداية العملية العلاجية ووفقا لمنظور العلاج السلوكي فقد حل التقييم أو تقدير الموقف Assessment محل التشخيص ، حيث تستمر عملية التقييم من بداية العملية العلاجية حتي نهايتها، فالمعالج لا يهتم بتحديــد المفــاهيم كمفهــوم الإحباط مثلا، ولكن اهتمامه ينصب علي الكيفية التي تنعكس بها المشكلة علــي حياة العميل.

وتقييم الموقف أو تقديرة يركز علي المحددات الراهنة أكثر من التركيز علي أحداث الحياة الماضية، ففي خلال العملية العلاجية يتم التركيز علي الإجابة علي ماذا حدث؟ وكيف حدث؟ وليس لماذا حدث ما حدث ؟ كيف أن يتعلم العميل فعل ما يفعله الآن؟ وما الذي يحافظ علي بقاء هذا النوع مــن الــسلوك؟ ويقــوم المعالج بتحديد أهداف العملية العلاجية والسلوك المستهدف وطرق قياســه بكــل دقة، وكتابة تصور مختصر لهذا السلوك ، ولكتابة تصور مختصر لهذا السلوك، فإن علي المعالج أن يطرح منظومــة مــن الأســئلة علــي العميــل ، وهــي: (bayne,١٩٩٩-١٩٩:١٨٤)

أ. كيف كان سلوكك اليوم ؟

ب. ما الذي يزعجك في سلوكك هذا ؟

ج. كيف تسلك عندما تواجهك صعوبات ومعوقات ؟

د. ما الذي تعتقد بأنه أثر علي سلوكك في الماضي ؟

ه. ما الذي يعوق محاولتك للتغلب علي مشكلتك؟

و. ما الذي تفضله أو تستحسنه إذا ما حلت مشكلتك ؟

ز. لماذ لم تحل هذه المشكلة ؟

ح. كيف تريد ان تكون بعد حل المشكلة؟

ط. من هم الناس الذين يمكن ان يساعدونك في حل المشكلة .؟

ونظرية الادراك تعتبر تطويرا للعلاج الفردي وذلك ان كـلا النظـريتين تنطلقان من منطلقات عقلانية واقعية ضـمن الخـصائص والـسمات والمعـالم الأساسية لنظرية العلاج الإدراكي وهي :

١. يحدد السلوك بواسطة التفكير، ونحن نلحظ السلوك والموقف ونلاحظ الآخرين ونلاحظ أنفسنا أثناء الفعل ، ومن خلال هذه الملاحظة نصل إلي النتـائج أو الفعل أو التفاعل .

والتطبيقات العلاجية لنظرية الإدراك تتضمن :

أ. تحديد الأفكار .

ب. الوعي بالانفعالات وما تمخض عنها من أفكار.

ج. التعرف علي الرابط بين الأفكار والإنفعالات.

د. النظر للسلوك علي أساس أنه نتاج لعمليـة مـزيج مـن الأفكـار والإنفعالات.

٢. ان الفهم الخطأ والتفكير الخطأ يقود إلي السلوك الخطأ، وأن التفكير العقلاني يقود إلي الاهتمام بالأهداف سواء كانت قصيرة أو طويلة المدي، وأن هـذه الأهداف هي التي تؤثر في أسلوب حياة الإنسان وفي السلوكيات الأساسـية، وأن أسلوب الحياة هو الذي يقودنا إلي تحقيق الأهداف، والعلاج الأداركـي يعطي معني جديداً لحياة العميل أكثر تعقيدا مما قد يواجهه من مشكلات.

٣. إن حياة الفرد لا تتم من خلال القوة غير الواعية (اللاشعورية) وعلي كل حال فإن الإنسان يمكن أن يكون علي غير وعي كامل بأسلوب اتجاهاته أو مواقفه تجاه الآخرين أو تأثير سلوكه علي الآخرين ، بمعني آخر أن الإنسان ليس قادرا في كل الأحوال علي تفسير سلوكه، ورغم ذلك فإن التركيز علي العميلة العلاجية يجب أن ينصب علي العميل نفسه وليس علي مشكلته، مما يؤدي إلي دعم وتنمية الأداء المستقل للعميل أو الاعتماد علي نفسه .

٤. من الصحيح أن هناك دوافع غريزية ، ولكن العدوان ليس من هذه الغرائز، كما يذهب – إلي ذلك فرويد، ويجب ان ينظر للعدوان علي أساس أنه رد فعل للشعور بالخطر أو الشعور بعدم الأمان أو الإحباط . باعتبار أن أسلوب حياة العميل وأهدافه الاجتماعية غير متسقة مع ما يريد الوصول إليه .

٥. ان الغرائز لا تسيطر علي الإنسان وأذا حدث هناك خلاف بين دوافع الإنسان وتحقيقه لأهدافة فإن لديه القدرة علي تعديل أو إعادة تكييف هذه الدوافع .

٦. إن إسلوب الإنسان لا ينبع من الغريزة الجنسية، وأن أي سلوك جنسي شاذ إنما يحدث في حقيقة الأمر نتيجة مشكلة معينة، قد لا تكون لها صلة بالغريزة الجنسية . بمعني آخر أنه لا يمكن تفسير السلوك البشري في ضوء الدوافع الجنسية وحدها، لأن الدوافع الجنسية تعتبر واحدة من العديد من الدوافع.

٧. العواطف والانفعالات تنبع في الأساس من أسلوب التفكير، وفهمنا لما يدور حولنا هو الذي يجلعنا نقرر كيفية الاستجابة لهذه المواقف سواء كانت خوفا أو غضباً أو شعورا بالذنب أو الحب أو المرض، وكل هذه الاستجابات استجابات واعية لكنها تتم في زمن لا يمكن قياسه .

٨. الدوافع لا يمكن أن تكون عملية غير واعية ، ولكنها عملية اختيار واع مبني علي فهمنا شخصيا لما هو ضروري لرفاهية حياتنا أو سعادتنا أو يحقق النجاح لنا في حياتنا .

٩. من ما سبق، فإن العلاج الادراكي أو الفردي في الخدمة الاجتماعية يركز علي الأفكار والعواطف والدوافع الصريحة والسلوكيات المتغيرة بصورة

مستمرة، حيث أن الناس قادرون علي تغيير سلوكياتهم باستمرار، فالناس الذين تعلموا كيف يكونون عدوانيين يمكن ان يتعلموا كيف يمكن ان يكونوا مسالمين .

١٠. النظرية الإداركية تعتبر نظرية ذات توجهات اجتماعية ، ومن ثم فإن عواطف الإنسان ودوافعه وسلوكه ما هي إلا نوع من التفكير الذي يؤثر بدوره علي المجتمع الذي ينتمي إليه الإنسان وعلي بيئته المباشرة، وعلي علاقاته الإنسانيةوخبراته علي وجه العموم، فالتفاعل موجود بين السلوك والبيئة التي يعيش فيها الإنسان ، والتغيير يمكن أن يحدث إما بتغيير البيئة أو بتغيير العميل .

١١. إن الإنسان بطبيعته خلاق ومبتكر ومجدد، ومن ثم فإنه قادر علي الانجاز والتفاني من أجل ذلك، وتلك حاجة من حاجات الإنسان التي يحرص علي إشباعها، وهي تحقيق الذات وفقا للسلم الذي وضعه ماسلو لترتيب وإشباع الإحتياجات، والإنسان لا يفكر علي بطن جائعة ، والمعالج بدلا من مساعدة العميل علي الاسترخاء والاستسلام ، عليه ان يحثه ويشجعه علي مواجهة المشاعر غير السارة بكل قوة ، اعتمادا علي نفسه وبمبادرته الذاتية . وفقا لنظرية الإنضباط الذاتي.

١٢. إن الفرد قادر علي تطوير وتعديل وعيه بصورة إيجابية من أجل الوصول إلي الحقيقة أو الواقع ولو بصورة نسبية، وهذا هو واجب الاخصائي ان يعمل مع العميل بمساعدته علي الوصول إلي الوقائع علي ما هي عليه وليس كما يتخيلها العميل.

إن نظرية العلاج الاداركي في الخدمة الاجتماعية قد استمدت جذورها من الجهود التي بذلها كل من لازاريوس Arnold lazarus وبيك (Beck) لمعالجة القلق واليس (Ellis) للعلاج الانفعالي العقلاني وقلاسر Glaoser للعلاج الواقعي ، ويعتبر قولدستين Goldstein ، أحد علماء الخدمة الاجتماعية الذين بذلوا جهودا متواصلة منذ الثمانينات من القرن الماضي لترسيخ مفاهيم ومتطلبات

نظرية الادراك في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، حيث تنطلق العملية العلاجية من المبادئ الفلسفية التالية :

أ. الناس يمكن فهمهم أثناء سعيهم نحو تحقيق أهدافهم .

ب. الناس يؤسسون رؤاهم الذاتية للواقع من خلال ماسبق وأن تعلموه من الحياة

ج. الناس تتوصل إلي قناعاتها في الحياة من خلال التكيف Adaptation وهو عبارة عن عملية يديرون بها أو يسطيرون بها علي العالم الخـــارجي الــذي يعيشون فيه .

د. التكيف يتأثر بتقبلنا لأنفسنا وبفهمنا لأنفسنا، وكيف يؤثر ذلك علي مدركاتنا.

ولدراسة مدركات الناس وتعلميهم لابد للاخصائي الاجتمـــاعي مـــن أن ينظر إليهم علي أساس أنهم ناشطون ومتفاعلون، لأن ذلك يؤثر في الحقيقة فيمـــا يفعلونه، ويتأثر بما يحدث لهم .

وللنفس البشرية ثلاثة انشطة أساسية في تعاملها مع العالم الخارجي وهي :

١. التكيف ويتمثل في ردود الفعل للعالم الخارجي في سعي الإنسان للوصول إلي أهدافه .

٢. الاستقرار Stablisaition ويقصد به حفظ التوازن عندما يتعامل الإنسان مع أحداث مستجدة .

٣. صياغة المقاصد أو النوايا، ويقصد بذلك عملية السعي لإحداث التغيير بما يتلاءم مع المقاصد الداخلية .

نظرية علم النفس الفردي وعلاقتها بنظرية الإدارك في الخدمة الاجتماعية

تنطلق هذه النظرية في الخدمة الاجتماعية من إسهامات الفرد آدلر Adler الذي عاش في الفترة (١٨٧٠– ١٩٣٧م) وهو طبيب نفسي من فينا (النمسا) وقد اهتم بالاضطرابات الوظيفية التي يشكوا منها مرضي أصحاء من ناحية جـسدية ولكنهم يعانون حقا من الأعراض الجسدية التي تفسد عليهم حياتهم (كالصداع أو الاضطرابات المعدية التي لا يمكن معرفة أسبابها مهما أجريت الفحوصات).

وقد أسس آدلر جمعية علم النفس الفردي وكان يحضر لقاءات الأربعاء لفرويد في (فينا) وكان أنشط أعضاء هذه الجمعية أو ما عرفت بجماعة التحليل النفسي ، ولكنه بالتدريج ابتعد عن رؤية فرويد في نظرته للذات البشرية ومكوناتها وتأثير هذه المكونات علي اللاشعور، كمحرك أساسي للإنسان في الحياة وفقا للمرتكزات المخالفة لفرويد التالية :

١. بدلا من التركيز علي الخلل في العلاقة بين الهوة والأنا Ego وبين الأنا الأعلي Superego فإن الاهتمام يجب أن ينصب علي الكشف عن العلاقة المتبادلة بين الجهاز العضوي والجهاز العصبي .
٢. علي المعالج سواء كان في الخدمة الاجتماعية أو علم النفس أو الطب النفسي أن يركز علي فهم الطبيعة البشرية، وهذا عنوان لكتاب لآدلر، كما أن عليه أن يركز علي كيفية مساعدة الناس علي فهم ومساعدة الأطفال لكي ينمون نمواً عقلياً صحيحاً ومعافي من خلال الجلسات المشتركة بين المعلمين وإدارة المدرسة والأطفال الذين يعانون من مشكلات واضطرابات نفسية ، وقد وظفت الخدمة الاجتماعية المدرسية هذه النظرية إلي أبعد الحدود في ممارستها .
٣. اتخذ آدلر مدخلا اجتماعيا لمعرفة الأسباب الشاملة للاضطرابات العصبية منطلقا من المعطيات التالية :

أ) النظرة للعملاء في ضوء محيطهم الاجتماعي من أجل الوصول إلي تحقيق رغباتهم وتطلعاتهم الفردية .

ب) العملاء يختارون لأنفسهم أهدافهم الشخصية بناء علي رؤيتهم الذاتية لأنفسهم وللعالم المحيط بهم، وهذه الرؤية هي التي تحدد مدي النجاح الذي يحققه الإنسان في سعيه للوصول إلي أهدافه .

ت) الناس خلاقون ومبتكرون ومسئولون ومتفردون وقادرون علي أن يقرروا لأنفهسم ما يشاءون .

أن العلاقة بين النظرية الاداركية ونظرية علم النفس الفردي ادلر علاقة وثيقة . ولكن لآدلر مدخل اجتماعي لأسباب الاضطربات النفسية حيث ينظر إلي الشخصية من خلال ثلاثة أجزاء هي كالأتي:

الجزء الأول : الشمولية بمعني ان الشخصية كل متكامل ولا تتكون من أجزاء متصارعة كما يراها فرويد .

الجزء الثاني : النزعة الاجتماعية أو الغريزة الاجتماعية، فالناس اجتماعيون بطبيعتهم ويمكن فهم أفعالهم فقط عندما يشاهدون في مجموعة من الناس وهم يتفاعلون مع الآخرين .

الجزء الثالث : سلوكيات الإنسان جميعها ذات معني ، فمن السهل تحديد أهداف الإنسان قصيرة أو بعيدة المدي ذات الطبيعة الإنسانيةالتي تعكس الشخصية في كلياتها ولكن :

أ. الناس قد لا يعون أهدافهم، ومن ثم قد لا يستطيعون منطقتها أي تبريرها.

ب. الناس يستجيبون لخصائصهم الوراثية ولكنهم أيضا يتجاوبون مع متطلبات البيئة من حولهم .

ج. الناس يرسمون خريطة حياتهم ويهتدون بها نمطا سائدا يطلق عليه العالم آدلر اسلوب الحياة Life Style

ويتكون أسلوب الحياة من الآتي :

١. المنطق الشخصي، ويتكون من الأفكار والمعتقدات التي تحكم حياة الشخص، وهي أفكار ومعتقدات غير مشتركة وخبرات ورؤي ذاتية للشخص لنفسه منذ مرحلة الطفولة، والقدرة علي تحمل المسئولية علي ما يترتب علي السلوك الشخصي من تبعات، والشخص هنا فاعل ولا يعتمد علي ردود الأفعال .
٢. الفهم المشترك بين الناس.
٣. إختيار الإتجاه منذ الطفولة .
٤. الحاجة إلي الإنتماء للأسرة والجماعة والمجتمعات الإنسانيةجمعاء.

٥. كل شخص يولد وهو في وضع متدني ويتعرض للقهر حسب الفئة العمرية أو النوع أو الإنتماء، وعليه أن يسعي إلي تجاوز هذه الوضعية والارافقه الشعور بالدونية إلي الأبد .
٦. الإنسان ما لم تلبي حاجته أو غريزته إلي الانتماء فإنه سيشعر بالدونية ويصبح عاجزا عن لعب دور مفيد في الحياة .
٧. الرؤية الحقيقية للإنسان لنفسه هي التي تحدد سلوكياته ويستجيب له الناس كما تستجيب له الحياة ، وهذا ما نطلق عليه الإشباع النفسي أو الذاتي وفقا لوظائف الحياة المتعددة التي حددها (آدلر) فيما يلي، وأطلق عليها وظائف الحياة :

أ. **العمل** .

ب. **الصداقة** .

ج. **المحبة** تبدأ من الأسرة وتمتد إلي المجتمع .

د. **البعد الروحي** وهي العلاقة مع الكون .

وأي خلل في واحدة من هذه الوظائف يؤدي إلي خلل في الإنسان . والقيام بهذه الوظائف يساعد الإنسان ، علي التمتع بصحة جسدية ونفسية وعقلية جيدة، أي الشعور بالرضا والسعادة . فانعدام العمل أو الصداقة أو المحبة أو العلاقة مع الكون قد يشعر الإنسان بالدونية وأن لا قيمة له بين بني وطنه أو جنسه ، وعدم التوازن النفسي قد يقود إلي نتيجتين متعارضتين :

١. إما الشعور بالدونية وكراهية الذات .
٢. الشعور بالتفوق الزائد أو الغرور .

وعقدة الشعور بالنقص Inferiority Complex وهي حالة شاذة أو مرضية تؤدي إلي أن ينظر الفرد إلي نفسه نظرة دونية ويحتقرها ويقلل من شأنها ، ويصبح حساسا بصورة مفرطة ، ويبحث عن المدح والثناء ولكنه لا يجدهما ولا يصدقهما، ويطور اتجاهات تنتقص من الآخرين وتحقرهم وتزدريهم

في عملية اسقاطية، وقد يصاب مثل هذا الشخص بالغرور ، ولكنه غرور سطحي زائف وأجوف سرعان تنهار جداراته الدفاعية .

وأعراض عقدة الشعور بالنقص قد تتمثل في قول من يعاني منها أو كأن لسان حاله يقول : إن الآخرين لا يشبعون احتياجاتي ولا يعترفون بها ، ولــذلك فإنني ساشبعها بنفسي وبطريقتي ، وتلك حوافز لن تؤدي في الحقيقة إلي إشباع إحتياجاته بقدر ما تؤدي إلي المزيد من تعقيداتها بسلوكيات تــنم عــن العــدوان والسعي للسلطة بكل السبل التي لا رحمة فيها مع الأقران، ومن ثم فإن مثل هذا الشخص لا يعرف الصداقة ولا يدرك قيمتها الدائمة كما لا يعرف العداوة الدائمة، فيخادع وينطوي وينسحب ويرتبك ويحتار وتصدر عنه من أجل التقــرب مــن الآخرين، دعابات سخيفة ووقحة ويكون شخصاً ثقيل الدم ولا يطاق مــن قبــل الآخرين، ويصبح عديم الثقة في نفسه ومكروها ومهزوما ، فيــسلك ســلوكيات تعويضية، كلوم النفس وتأنيب الضمير .

والشعور بالدونية أو الغرور قد يؤدى إلى ظاهرة الإنسحابية إمــا بــأن ينسحب هو من الجماعة أو أن تنسحب الجماعة منه أو تفسير المواقف تفــسيرا خاطئا علي أساس انه شخص محسود ، ومثل هذه المواقف لا تقود إلى مزيد من الاضطرابات النفسية فحسب لكنها قد تقود إلي أعــراض أمــراض عــضوية كالصداع الذي لا تعرف أسبابه أو ارتفاع درجة الحرارة ، كما أنها قد تؤدي إلي تراجع الإنسان عن الإستمرار في أدائه لوظائفه الحياتيه أو عدم الوفاء بها وذلك يتمثل فيما يلي:

١. ايجاد مبررات لعدم القيام بها .
٢. عدم القيام بها دون أي مبررات.
٣. التراجع عن القيام بها .
٤. الانغماس في واحدة من وظائف الحياة وترك الأخريات .

لقد وضع آدلر وغيــره من علماء نظريــــة الإدراك ونظريـــة العــلاج الفردي مجموعة من المؤشــرات لتعامل الأخصائي الاجتماعي مع العملاء وفقا للضوابط التالية :

١. التعرف علي القاعدة التي تنطلق منها سلوكيات وأفكار وإنفعـالات العميـل ومشاعره وأهدافه كما هي في الظاهر دون محاولة البحث عـن الـوعي أو اللاوعي .

٢. التركيز علي عوامل القصور والخلل في تفكير العملاء وتقوية وعيهم حتـي يصبحوا أكثر وعياً وإداركا لمختلف مظاهر حياتهم التي لم يكتشفوها من قبل.

٣. التركيز علي عناصر القوة لدي العميل أكثر من مظاهر الضعف أو المرض لديه وتوظيف عناصر القوة في العملية العلاجية .

٤. توجيه العميل وقيادته وتعليمه وتدريبه وإرشاده ليجري تمارين مختارة ليعدل مفاهيمه أو رؤآه وتنقيتها أو تصفيتها ليدرك العلاقة بين أفكاره ومشاعره وأن يفكر في سلوكة وحلول مشكلته بصورة أيجابية وفقا لخطوات صغيرة مرنـة ينظر من خلالها للمستقبل أكثر من الماضي .

٥. الاعتراف بأن سلوك كل عميل يتأثر بأهدافه الشخصيه أكثر مـن الـدوافع الغريزية البايلوجية المشتركة بين الناس .

٦. العمل علي إحداث تغيرات في رغبات العميل بأن يعي نفسه أو يدرك مـن هو، وأن يدرك الآخرين من حوله، وكل البيئة المحيطة به ، مع تطوير دليل يحتفظ به العميل للخدمات التي يمكن تقديها له.

٧. أن يطلب من العميل أن يتحمل المسئولية عن سلوكياته كما هي عليـه الآن وليس البحث عن عوامل اللاوعي التي تشكلت في الماضي، بمعني آخر تقبل العميل كما هو وليس كما يجب أن يكون .

٨. إحترام العملاء وتهيئة المناخ الملائم لتعليمهم وإزالة العقبات التي تعتـرض العملية التعليمية ومساعدتهم علي تغيير مسلماتهم ووجهات نظرهم عن واقع الحياة والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية واحترام ذواتهم وتقبلها علي ماهي عليه والسعي من أجل تغيير كل ما يكتنفها من قصور أو مـشاعر وأفكـار سالبة .

٩. الآخذ بمبدأ العلاقة المهنية وأن هذه العلاقة علاقة مؤقتة مع الاحتفاظ بـــالهوة المهنية بين المعالج والعميل بمعني أن يتعاطف مع العميل ولا يعطف عليه .

١٠. الأخذ بالاستراتيجيات والتقنيات والمهارات الأساســية وطــرق ممارســة الخدمة الاجتماعية التي تتمثل في الآتي :

أ) العلاج الفردي وله الأسبقية (خدمة الفرد)

ب) العلاج الجماعي (خدمة الجماعة)

ت) العلاج المجتمعي (تنظيم المجتمع)

١١. ممارسة عملية تعليمية قائمة علي التعاون بين المعالج والعميل .

١٢. جمع المعلومات والبيانات عن والعميل وفهمه .

١٣. تقييم أسلوب حياة العميل في أدائه لوظائف الحياة الأربع (١. العمــل ٢. المحبة ٣. الصداقة ٤. البعد الروحي أو العلاقة مع الكون).

١٤. تفسير البيانات الخاصة بالعميل والتوصل إلي نتائج أو استخلاص النتائج.

١٥. وضع خطة لإعادة تاهيل العميل وخاصة علاج عقدة الشعور بالنقص وأن يكون نفسه من دون غرور أو تهوين لذاته .

وبما ان العملية العلاجية هي عملية تكيف في الأساس فإنها تتطلب إحداث تغيير من خلال عملية التعلم ، وقد حدد Goldstein ثلاثة أنواع أساسية للعملية التعليمية تتلو بعضها بعضا وعلي الترتيب وفقا لما يلي :

١. التعلم التمييزي، حيث يصبح العملاء أكثر وعيــاً بالمــشكلات والظــروف المحيطة بهم.

٢. تعلم المفاهيم ، حيث يتعلم العملاء الرموز والأفكار التقليديــة ذات الــصلة بغربلة البيانات.

٣. تعلم المبادئ ويتصل بالقيم وإدراك الذات .

٤. تعلم كيفية حل المشكلات ويقصد بها الطريقة الشاملة التي يستطيع العميل عن طريقها أن يحل المشكلات في بيئته والخلاصة ان قمبريــل Gambrill قــد

اقترح إثنتي عشرة خطوة لعملية التدخل لممارسة الخدمة الاجتماعية من خلال نظرية العلاج الإدراكي وهي:

١. تصميم دليل الاطار العام للمشكلة .

٢. اختيار المشكلة السلوكية المستهدفة والتعاقد مع العميل لحلها .

٣. الإلتزام بالتعاون بين المعالج والعميل .

٤. تحديد السلوك المستهدف تحديدا دقيقا .

٥. تحديد نقطة البداية أو الانطلاق للسلوك المستهدف

٦. تحديد الظروف المحيطة بالمشكلة قبل حدوثها وبعد حدوثها .

٧. تقييم الموارد البيئية المتاحة .

٨. تحديد الأهداف السلوكية المرغوب فيها .

٩. وضع خطة للعملية العلاجية .

١٠. تنفيذ الخطة وتعديلها.

١١. مراقبة المخرجات أو متابعتها .

١٢. المحافظة علي التغيير الذي تم إحداثة . ومما سبق يتضح لنا أن الخدمة الاجتماعية كمهنة تقوم علي مفهوم أن المعارف النظرية يمكن أن تترجم إلي مهارات وتطبيقات تقنية من أجل إحداث التغيير وفقا لأهداف واضحة ومحددة بكل دقة ، حيث يصبح العميل مرتكزا للعملية العلاجية سواء كانت متعلقة بانفعالاته أو مشاعره أو سلوكه أو أسلوب تفكيرة وعناصر قوته وضعفه علي حد سواء، ولأن الخدمة الاجتماعية تتعامل في الغالب مع الضعفاء أو المستضعفين من الناس، فإن تمكين هؤلاء العملاء يمثل هدفا مهما للتدخل المهني الذي يساعدهم علي الإعتماد علي أنفسهم ، والعلاج الاداركي يعمل علي مساعدة الأفراد علي الوصول إلي مواردهم ، وأن يعرفوا ويوظفوا حكمتهم ويكتشفوا طرقهم الخاصة لمساعدة أنفسهم بأنفسهم .

الفصل الخامس

نظرية الارشاد المتمركز حول العميل

وتسمى نظرية الارشاد النفسي

(Client-Centered Theory)

أسسها أحد علماء النفس الأمريكيين واسمه (Carl Rogers) وقد عاش في الفترة (١٩٠٢-١٩٧٨م) وعلي الرغم من أنه ينكر بأنه قد تأثر بالآخرين الا أنه من الواضح انه قد تأثر بنظرية (جون ديـوي) وفلـسفته البراجماتيـه أي الفلسفة الذرائعية أي المنفعية، بمعني أن أي عملية تعلم ينبغي ان تتم من خلال العمل ، ففي الخدمة الاجتماعية يجب التعامل مع الحالات انطلاقا من الممارسـة للعمل، علي أن يشترك في العملية العلاجية فريق عمل تشخيص الحالة Team Work مكون من الآتي :

١. الأخصائي الاجتماعي (الخدمة الاجتماعية)
٢. الأخصائي النفسي (علم النفس)
٣. الطبيب النفسي (الأمراض العصبية)(Turner:407-430)

ومن تجارب العمل مع الفريق انبثقت المفاهيم التالية :

أ. العلاج غير المباشر عن طريق علاقة التقبل أو الوضوح والـصراحة بـين المعالج (الطبيب النفسي أو الاخصائي الاجتماعي أو الأخـصائي النفـسي) والعميل .

ب. يفضل أن يشار إلي المراجعين بأنهم عملاء وليس كمرضي .

ج. ان ينظر للعملاء كأشخاص مسئولين عن أنفسهم وليسوا موضـــوعا للعـــلاج فحسب، وعلي الاخصائي الاجتماعي أن يتفهم بصورة كاملة، ما أمكن ذلك، الكيفية التي ينظر بها العميل إلي نفسه وإلي العالم من حوله .

د. إن اتجاهات المعالجين نحو العملاء يجب أن تركز علـــي العمـــلاء أنفـــسهم إنطلاقا من مجموعة المبادئ التالية :

١) الثقة المتبادلة بين العميل والمعالج .

٢) علي المعالج أن يكتشف المقدرات الكامنة لدي العميل التي تساعده علي المحافظة علي حياته والإصرار علي ذلك .

٣) مهما أحاطت بالشخصية من غيوم غطت الجوانب الإيجابية فيهـــا، فـــإن هناك أملا في آخر النفق ينبثق من بين الظلمات متجاوزا كـــل العقبـــات والصعوبات التي يواجهها العميل ، وقد شبه روجرز هـــذا الأمـــل فـــي الأعماق البعيدة ببراعم نبات تبحث عن أشعة الشمس في غرفة مظلمـــة، ومن مسئولة الأخصائي الاجتماعي الكشف عن الظلمات وإزاحتها لكـــي تنمو هذه البراعم بصورة صحيحة وسليمة .

٤) كل فرد من أفراد البشرية منفرد بذاته أو فريد في ذاته، وهذا مبدأ مـــن مبادئ الخدمة الاجتماعية الأساسية ويسمي (تفريد الحالة) بمعني أنه لا يوجد شخصان متشابهان تشابها مطلقا .

٥) لا يمكن للأخصائي الاجتماعي (المعالج) أن يكشف كـــل مـــا يحـــيط بالشخصية من غموض (الخصوصية) والعميل نفسه هو الذي يستطيع أن يكشف عن هذا الغموض من خلال المساعدة المستمرة والتشجيع من قبل الاخصائي الاجتماعي .

٦) غموض شخصية العميل تتحكم فيه خبراته التي ينكرها (النكـــران مثـــل الكذب والاستغلال) والتي تم استيعابها ضـــمن مفهـــوم الـــذات Self-Concept والذي يختلف عن مفهوم الذات الحقيقية Real Self والذات الحقيقة يقصد بها الجزء من الكائن العضوي (الإنسان) الحقيقي المتفرد

الموثوق به المتمثل في العمليات الفيزيولوجية لنمو جسم الإنسان ونمو امكانياته ومقدراته . أما مفهوم الذات (المزيفة) Self Concept ويقصد بها رؤية الإنسان غير الحقيقية لنفسه، وهذا المفهوم يتطور تدريجيا بمرور الزمن عندما يكون الإنسان محاطا بآخرين يقللون من شأنه أو يحقرونه أو يتعجلون في أدانته أو عقابه، ولذلك فإنه سرعان ما يصبح شخصا مرتبكا ومتشككا ومرتابا في الآخرين وهذه المفاهيم تتفق، مع ماذهب إليه Goldstein في تحديده لأجزاء النفس البشرية في المنظور الإداركي في الخدمة الاجتماعية ، حيث يمكن للصراع ان ينجم بين هذه الأجزاء وهي هنا ثلاثة أجزاء :

أ. الذات كما يدركها العميل .

ب. الذات كما هي في الحقيقة (كما يراها الآخرون)

ج. الذات كما ينبغي أو ترغب أن تكون .

والصراع قد يتفجر بين الذات كما يدركها الإنسان والذات كما هي في الحقيقة، وذلك عندما يعتقد الانسان بأن الآخرين يكرهونه أو لا يطيقونه، وخاصة في مراحل التحولات الحياتية كأن يصبح الإنسان مراهقا أو مسنا أو عاطلا أو عاجزا . كما قد يحدث الصراع بين الذات كما ينبغي ان تكون والذات كما هي في الواقع وذلك عندما يسعي الإنسان إلي تحقيق أهداف معينة ، ولكن المجتمع يحبطه بعدم تمكينه من الوصول إلي هذه الأهداف ، فقد يكون الأنسان في واقع الأمر مؤهلا لشغل وظيفة معينة ، ولكن المجتمع لا يتيح له فرصة شغل هذه الوظيفة لأسباب لا يدركها أو لأسباب لاعلاقة لها بالمؤهل كالعرق أو اللون أو الانحياز ضد المرأة مثلا كما قد يحدث نوع من الصراع بين الذات كما يدركها العميل وبين الذات كما هي في حقيقية الأمر ، فإدراكنا لذواتنا قد لا يتوافق مع دوافعنا وقيمنا ومعتقداتنا ، كالإنسان الذي يرغب في استقرارحياته الزوجية، ولكنه في الواقع يعاني الأمرين من هذه الحياة ، كما قد يسعي لرضاء الآخرين ولكنه لا يجد منهم غير الصد والجحود . فالإنسان منذ الطفولة يحتاج إلي رضاء

الآخرين ، وعندما يفشل الإنسان في الحصول علي هذا الرضا تنشأ الاضطرابات النفسيه نتيجة لعدم نجاح الإنسان أو فشله في حل الصراع الذي ينشأ بين الرضا وعدم الرضا من قبل الأم علي وجه الخصوص .

والحصول علي الرضا يتطلب ان يبذل الإنسان قصاري جهده ، ومثل هذه المواقف قد تقود إلي خداع النفس ، يعني أن الإنسان قد يعتقد أن الإمور علي مايرام ولكنها ليست كذلك في واقع الحال ، فالشخص المضطرب نفسيا لا يستطيع ان يقيم ما بداخلة تقييما صحيحا وسوء التقدير أو التفسير يجعله عديم الثقة في أفكاره وفي مشاعر الآخرين نحوه .

وفي مثل هذه الحالات إما أن يلجأ الأشخاص المضطربون نفسيا إلي سلطات خارجية تساعدهم علي تجاوز هذه الاضطرابات (اللجوء إلي الاخصائيين الاجتماعيين أو النفسيين) وإما أن يجدوا أنفسهم عاجزين عن اتخاذ القرار، والمفهوم الذاتي للنفس الناجم عن مثل هذه الحالات غالبا ما يكون سلبيا ، ويقوم علي أسس زائفة مرتبطة بعدم القدرة علي اتخاذ القرارات ، ومفهوم الذات (الذاتي) غالبا ما يتكون بعد سنوات من قمع الذات الحقيقية حيث يكون مفهوم الذات في هذه الحالة عدواً شرسا لهوية الشخص الحقيقية والمتفردة . وبمجرد أن يتجذر المفهوم الذاتي لدي الشخص فإن الانفصال عن الذات الحقيقية سيكتمل بصورة تدريجية ، فتصبح هناك قطيعة تامة بين الشخص ومشاعره وأحاسيسه الداخلية وتقييمه لذاته ، فيشعر الإنسان في معظم الأحوال بعدم الكفاءة أو التفاعل ، فيسلك سلوكا مضطربا، وكلما تدني تقييم الشخص لنفسه فإن سلوكه سيصبح غير مرغوب للذات الحقيقية وغير مقبول لدي الآخرين، وكلما تعمق أو تجذر مفهوم الذات المضطرب كلما حاول الشخص أن يخفي ذلك عن الذات الحقيقية (النكران) أو خداع الذات بالتكبر أو أن يخفي ذلك عن الآخرين عن طريق (التمويه والكبت) أو التملق وغالبا ما يفشل في كل ذلك .

والمشكلة الحقيقية للأشخاص المضطربين نفسيا هى أنهم في الغالب لايعون اضطرابهم ، كما أنه ليس بالضرورة أن ينظر إليهم أو يشعرهم من لهم مصالح

في أضطراباتهم بأنهم أشخاص مضطربون ، مما يشجعهم علي التمادي في خداع أنفسهم كالمدير الذي يخادع نفسه بأنه رجل فاضل ومحبوب ومسئول ويقوم العاملون معه باضفاء هذه الصفات عليه زورا لأنه في حقيقة الأمر شخص عدواني وسريع الغضب ومرتاب ومتشكك في مرؤوسية .

أما عملية العلاج من خلال المنظور للمتمركز حول الشخصية أو العميل فأنه يتطلب الخطوات التالية : (Turner; 267-295)

١. الانفتاح علي التجارب والخبرات والاستماع إلي الذات الحقيقية وللآخرين دون وجل أو خوف .
٢. أن يعيش الإنسان حياته كاملة وان يثق في تجاربه .
٣. أن تكون القرارات نابعة من قدراته وقناعاته الذاتية الحقيقية وليست مجاملة أو خضوعا للآخرين ، وأن يفعل الإنسان ما يعتقد بأنه صحيح .
٤. الشعور بالمسئولية وحرية الاختيار .
٥. القدرة علي الابتكار في الأفكار وفي المشروعات التي تساعد علي تغيير الظروف المحيطة بالإنسان .
٦. وأن المفهوم الذاتي للشخصية يمكن ان يتغير في أي لحظة من خلال التعامل مع الآخرين . وفقا لما يمكن استخلاصة من العلاج المتمركز حول العميل كما تصوره روجرز ، فإن العملية العلاجية تمر بثلاث مراحل .

المرحلة الاولي : مرحلة بناء الثقة بين المعالج والعميل وقد تستغرق بضعة دقائق كما قد تمتد إلي عدة شهور .

المرحلة الثانية : مرحلة نمو العلاقة الحميمية بين المعالج والعميل حيث ينتقل العميل من الحديث عن مشاعره إلي الحديث عن خبراته الحقيقة أثناء العملية العلاجية.

المرحلة الثالثة : والتي نادرا ما يتم الوصول إليها وهي مرحلة المساعدة المتبادلة بين المعالج والعميل، فكما يتأثر العميل بالمعالج يتأثر المعالج بالعميل.

وفي ضوء ما سبق فإن علي الاخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع الاشخاص المضطربين نفسيا ان يقوم بما يلي :

١. إقامة علاقة مع العميل تمكنه من مواجهة القلق والتوتر .

٢. تلعب علاقة الاخصائي الاجتماعي مع العميل دورا أساسيا لكونها علاقة بين شخصين ومن المفترض أن يكونا متساويين.

٣. علي الأخصائي الاجتماعي الدخول تدريجيا إلي عالم العميل بايجابياته وسلبياته ويتعاطف معه ، حتي يتمكن الأخصائي الاجتماعي من أن يدرس ويشعر ويعيش تجربة العميل وعالمة كما يراه ويحسه ويعيشه هو نفسه . (وهذا خلافا لمبدأ العلاقة المهنية في الخدمة الاجتماعية التي تتطلب أن يحافظ الأخصائي علي مسافة تفصل بينه وبين العميل، وهو ما يسمي بالعلاقة المهنية التي تتطلب قدرا من الحذر في تعامل الاخصائي الاجتماعي مع العملاء ، فالاندماج في حياة العملاء له مخاطره).

٤. العملاء الذين يمكن ان يستفيدوا أكثر من هذا المدخل هم الذين لديهم دافعية لمواجهة المشاعر السلبية المؤلمة، ولديهم رغبة في التغيير، واستعداد لتحمل المسئولية .

٥. علاقة الأخصائي الاجتماعي مع العميل يجب أن تكون قائمة علي الواقعية والإيمان والحرية والتقبل للعميل والتعاون معه ونيل ثقته ومآزرته من خلال الإحترام المتبادل .

وتعتبر نظرية العلاج المتمركز حول الشخصية أو العميل من النظريات العلاجية الأكثر تفاؤلا ، كما أنها تعطي وزنا لمشاركة العميل في العملية العلاجية، يفوق الوزن الذي تعطيه أي نظرية أخري للعملاء ، ولذلك وصفت بأنها نظرية متسامحة متساهلة مع العملاء، وهذا قد يتناقض مع دور أو وظيفة مؤسسات الخدمة الاجتماعية الرسمية الذي يتمثل في العمل علي احتواء العملاء أو مراقبتهم ، وليس تركهم احراراً يفعلون ما يشاءون ، ففي عالم تسيطر عليه آليات السوق الحر ، وثقافة المستهلكين لا يمكن للناس ان يفعلوا ما يريدون ، فقد

جردتهم السوق من هذه الحرية التي تقوم علي العلاقة بين مقدم الخدمات الربحية والمستهلك ، الذي قد لا يملك ثمن ما يقدم له من خدمات ، والمال أصبح هو المسيطر الأوحد علي الحياة المعاصرة وليس حسن النوايا، وقد كان "روجز" يعتقد بأنه ثوري يقف في صف الضعفاء ويدافع عنهم ، فالخلاص من المعاناة أمر غير ممكن لأنه يعزي في الأساس إلي العلاقات الواهية التي يمر بها الناس ليس في سنوات حياتهم الباكرة، ولكن طوال سنوات حياتهم، ولعلاج هذه الاضطرابات النفسية فإنه لابد من تصويب هذه العلاقات الواهية بإقامة عناصر علاقات علاجية كانت غائبة في ماضي حياة هؤلاء العملاء في مجتمع قائم علي تنافس لا تتساوي فيه الفرص والمقدرات، فالتنافس يعني أول ما يعني أن هنالك فائزين كما أن هناك خاسرين ، والخاسرون هم ضحايا الاضطرابات النفسية وبعض فائزين قد لا يستطيعون ارتقاء سلم النجاح مرة أخرى ، وفي مجتمع تجاري ربحي سيكون هناك ضغط مستمر للمزيد من استقطاع الخدمات من جهة والمزيد من الضغط أيضا علي مهن المساعدة الإنسانية كالطب والتمريض والخدمة الاجتماعية لكي تقوم علي أسس تجارية ربحية أيضا من جهة أخرى .

الفصل السادس

منظور العلاج السلوكي في الخدمة الاجتماعية

Behavior Therapy Theory

استفادت الخدمة الاجتماعية من الإسهامات التي طورها (لا زاريوس) للعلاج النفسي في الخدمة الاجتماعية عام ١٩٥٨ ، ومن علماء النظرية السلوكية كما هو معروف (ثورندايك) ١٩١١م والذي طور ما يعرف بالتعليم عن طريق المحاولة والخطأ وجربها علي الحيوانات بوضعها في صناديق ، وعليها ان تبذل جهودا مضنية أو متعبة وهي جائعة للوصول إلي الطعام بتحريك رافعة أو جذب خيط أو بالضغط علي سطح معين ، فالتدعيم (الجزاء) سواء كان أيجابيا أو سلبيا يقوي السلوك، والعقاب سواء كان أيجابيا أو سلبيا يخفض السلوك أو يقضي عليه ، فالايجابي يعني العطاء والسلبي يعني الحرمان في الغالب، كما تطورت هذه المفاهيم أيضا من نظرية (بافلوف) التي وضعت عام ١٩٢٧م والتي عرفت بعملية (الاقتران الشرطي) . وذلك أيضا باجراء تجارب علي الحيوانات (الكلاب) كما انه استفاد من طريقة فرويد في العلاج النفسي التي تتمثل في ان تعريض الشخص إلي ما يخافه سيؤدي إلي علاج أو معالجة الخوف القهري .

إن نظرية العلاج السلوكي في الخدمة الاجتماعية ترتكز أساسا علي نظرية التعلم الشرطي ومفاهيمه كالاقتران الشرطي والمثير والاستجابة والتدعيم . وتركز علي السلوك الظاهري وتري أنه من غير الحكمة التركيز علي الأفكار الخفية لأنها حالة ذهنية لا يمكن إخضاعها لاختبار مستقل وموضوعي ، فجميع السلوكيات سواء كانت سوية أو غير سوية يمكن تفسيرها وفقا لمبادئ نظرية التعلم الشرطي ، فالسلوك غير السوي يتم تعلمه بالطريقة نفسها التي يتم بهاتعلم السلوك السوي ، هذا وإن كان هناك الكثير من أنواع السلوك لاصلة لها بالإقتران

الشرطي ، وإنما تحدث بصورة عفوية وتلقائية وطبيعية ، وهـي عبـارة عـن استجابات غير شرطية لمثيرات غير شرطية، ولـذلك فـإن منظـور الخدمـة الاجتماعية السلوكي يري ضرورة ألا تصحب السلوك غير السوي أي وصمة لصاحب هذا السلوك بأنه شخص غير سوي ، فالسلوك هو غير الـسوي ولـيس العميل في كليته هو غير السوي، ولذلك لابد من تحديد السلوك المستهدف قبـل بداية العملية العلاجية وفقا لمقاييس دقيقة محددة تنطلق من نقطة معينـة لـيمكن قياس ما تم إنجازه خلال العملية العلاجية أو من بعدها وفقا لخطة محددة تتـوفر فيها المثيرات والاستجابات والمدعمات سواء كانت ثوابـا أو عقابـا ماديـا أو معنويا لإشباع احتياجات أولية أو ثانوية بصورة مستمرومتسقة حتـي يتحقـق السلوك المرغوب أو يتم الاقلاع عن السلوك غير المرغـوب فيـه (Turner: 131-154).

وتنطلق فرضيات تدخل الخدمة الاجتماعية من خلال العلاج السلوكي من المقولات التالية:

١. السلوك البشري سلوك متعلم إما عن طريق التجربـة والخطـأ أو عـن طريق الإقتران الشرطي، وإن كانت هناك اسـتجابات غيـر شـرطية لمثيرات غير شرطية كخوف الطفل حديث الولادة من الـسقوط أو مـن الأصوات العالية

٢. السلوك السوي يمكن إعادة تشكيله وترسيخه ودعمه .

٣. السلوك غير السوي يمكن محوه وإزالته فالثواب أو العقاب قد يستخدمان لمحو السلوك غير المرغوب، والعقاب هنا يقصد به العقـاب الايجـابي بالتدعيم أو العقاب السلبي بالحرمان .

أنواع السلوك غير السوي وعكسه السوي:

١. سوء التكيف وعكسه التكيف السوي .

٢. السلوك الانحرافي يعكس قدرا من عدم التكيف .

٣. كثير من الأفراد المتوترين غير متكيفين من نواحي كثيرة وعلي الاحصائي الاجتماعي ان يتعرف علي مصدر توترهم ، وقد تكون مصادر التوتر :

أ. **اجتماعية** : الشخص غير المتكيف مع أسرته قد يكون متوترا ومن ثم لا يتكيف في سلوكه مع أصدقائه لأنه لا يدرك أن عملية الصداقة هي عملية أخذ وعطاء أو عملية تنازلات ، ولذلك فإن أخذ العميل دون أن يعطي ربما يعتبر نوعا من سوء التكيف .

ب. **سوء التكيف مع علاقات العمل** : من مظاهر ذلك خوف الإنسان من عدم القدرة علي تأمين الرزق أو التعرض للبطالة أو الخوف من الفشل في الحياة عموما أو الرسوب في الامتحانات .

ج. **سوء التكيف مع الأنشطة الترويحية والعاطفية** :.كالخوف من الفشل في إقامة أي علاقة عاطفية ، نتيجة تجارب سابقة فاشلة كالطلاق .

د. **أيضا من المصطلحات المستخدمة كمفاهيم** : الخوف من الخوف : ولكي يتعرف الاخصائي علي سلوك الخوف من الخوف فإن له أعراضا هي عادة أعراض الخوف العادية بصورة مفرطة دون لزوم أو أسباب مثل سرعة خفقان القلب أو الارتعاش .

ه. **من المفاهيم المستخدمة مفهوم العجز المتعلم** : ويقصد به تشكك الإنسان في مدي مقدراته وكفاءته ، والفرد المعافي أو الصحيح هو الشخص القادر علي التوافق مع ضغوط الحياة اليومية بما في ذلك مهدداتها ومخاطرها ، أما في حالة العجز المتعلم ، فإن العميل أو الإنسان يتصور أنه عاجز عن التوافق مع البيئة المحيطة به ، وأن جهوده عقيمة لاجدوي منها ، وستذهب أدراج الرياح ، ومثل هذا الموقف يقود إلي الفشل كما يقود الفشل إلي فشل آخر ، وذلك من خلال تعميم مواقف الفشل إلي كل

حياته أو جزءاً كبيرا من حياته كالذي يفشل في امتحان أو يخـــاف مـــن الفشل في الحب قد يفشل في اقامة صداقة حميمة مـــع الأخـــرين وفـــي علاقاته الأسرية . والصحة النفسية ينظر إليها بمـــدي ســـعادة الإنـــسان بالتكيف أو التوافق في شتي مظاهر الحياة ، أما الإصـــابة بالإحباطـــات النفسية غالبا ما تكون نتيجة لتفاعلات معقدة لمجموعة كبيرة من العوامل، وعلي الأخصائي الاجتماعي أن يميز بين العوامل البيولوجية أو الغريزية والتي يمكن أن تتمثل في الخوف من السقوط وهذا خوف غريزي لـــدي الأطفال ، كما يخاف الطفل من الأصوات العالية أو الخوف من حركـــة غير مألوفة ، وفي الثقافات التقليدية غالبا ما يستخدم علاج الخـــوف أو تجاوزه وخاصة في مراحل الانتقال من مرحلة الطفولة إلـــي مرحلـــة الشباب وذلك بتعريض الشباب عمدا إلي مصادر الخطر والخوف . وفي مثل هذه الحالات علي الأخصائي الاجتماعي المعالج أن يعرض العميل بأمان علي مصادر خوفه لمواجهة الحقائق ليتمكن من التحكم في مصادر الخوف . ومصادر الخوف تؤثر فيها مجموعة من العوامل :

١. الخوف الغريزي .
٢. التخلف العقلي .
٣. العوامل الاجتماعية والثقافية .
٤. الخبرات الماضية . (Bayne : 118-132)

وهذه العوامل مجتمعه تضاعف الاضطرابات النفسية ، وتضاعف مـــن بعضها البعض كالخوف من الموت الذي يؤدي إلي الخـــوف مـــن المـــرض ، والخوف من المرض يؤدي إلى الخوف من الموت وهكذا ، والإنسان الخـــائف خوفا مرضيا لابد له من العمل ولو بصورة غير واعية لتجاوز حالة الخوف التي يعيشها ، ولذلك فإن كثيرا من العملاء الخائفين خوفا مرضيا قـــد يلجـــأون إلـــي تعاطي المخدرات أو العقاقير أو المسكنات لتخفيف الخوف وما يصاحبه من قلق وتوتر ، ولكن بمجرد أن يزول مفعول هذه المسكنات فإن المشكلة تزداد تعقيدا ،

فيصبح الإدمان مشكلة في حد ذاته ، وفي مثل هذه الحالة فإن أهـداف العـلاج تتمثل في الآتي :

١. ابتكار خطة علاجية لتغيير السلوك مباشرة عن طريق التعلم أو محو ما تـم تعلمه (نظرية الاقتران الشرطي) عن طريق إعادة تشكيل السلوك خطـوة بخطوة أو محوه أو تقليده أو الحث عليه أو تحريك جسد العميل نحوه .
٢. التركيز علي المشكلة الرئيسية الظاهرة دون محاولة البحث عن العمليات التي تجري في اللاوعي .
٣. علاج موجه نحو المشكلة .
٤. علاج منظم ومباشر ودائم ووجها لوجه مع العميل وخاصة فيما يتعلق بتقنيات التقليد أو النموذج الذي يشاهده العميل وفقا لتقنيات نموذج لعب الدور.
٥. علاج قصير المدي بمعني (لا يطول مداه) خلافا للعلاج من منظور التحليل النفسي ، وذلك يتوقف علي نوعية المشكلات التي تتمثل في معرفة أسـباب المشكلات التي قد ترجع إلي إعاقة شديدة سواء كانت عقلية أو جـسدية أو نفسية أو انفعالية أو قصور سلوكي ، بمعني أن سلوكه غير سوي ، كالخلـل في المهارات الاجتماعية وقد تكون المشكلة متعلقة بخلل عضوي ، وأحيانـا المشكلة قد تكون ناجمة عن حركات لا إرادية أو اضطرابات عادات ، كنزع الشعر ، أو قضم الأظافر ، أو الخوف من الأماكن المظلمة ، أو الخوف من التلوث أو انتقال عدوي . فالهدف الأسمي للعلاج من المنظور السلوكي هـو تبديل السلوك الذي يعيق أنشطة حياة العميل اليومية ، فمثلا الهدف من علاج القلق ليس هو إزالته كليا وهذا أمر مستحيل، ولكن الهدف هو مساعدة الأفراد علي خفض مظاهر عجزهم الناتجة عن القلق، ولذلك لابد من التحري والدقة في اختيار العملاء للعلاج السلوكي .

معيار اختيار العملاء : ويتمثل في الفئات التالية :

١. العملاء الذين يعانون من مشكلة سلوكية ظاهرة يمكن تحديدها .
٢. العملاء الذين يعانون من مشكلة راهنة يمكن التنبؤ بخط سيرها واتجاهاتها.
٣. يشترط الاتفاق بين الأخصائي المعالج والعميل علي تحقيق أهداف محددة ، والتعاون ضروري وهام ليكون العميل علي استعداد لتخصيص وقت لحضور الجلسات اليومية العلاجية التي قد تستغرق أسابيع عديدة ، كما أن المريض قد يعطي واجبات منزلية ، والعلاج يتسبب في إحداث قلق للعميل وعليه أن يتحمل هذا القلق بدافعية صادقة للتغلب علي المشكلة كمشاكل القصور السلوكي أو الإعاقة .
٤. يستحسن وجود شخص من الأسرة ليكون معالجا مساعدا ومهمته تشجيع العميل والثناء عليه والوقوف إلي جانبه.
٥. علاج تدريجي (التدرج في العلاج)
٦. المدمنون والمكتئبون اكتئابا شديدا والأمراض المستعصية والنفسية قد لا يستفيد عملاؤها من هذا العلاج .
٧. العلاج يتم على أسس فردية وهو عكس العلاج الجماعي .
٨. إقامة علاقة خطة علاجية يكون فيها الاتفاق علي الأهداف وكيفية الوصول إليها، كما يمكن أن تكون الخطة العلاجية مكتوبة ومعروفة من الطرفين ، وعلاقة العمل قد تكون علاقة تعاقدية بين العميل والاخصائي الاجتماعي، خاصة إذا نطلب الأمر الانتقال من طريقة خدمة الفرد إلي خدمة الجماعة لمساعدة الناس الذين يعانون من المشكلة نفسها ، كجماعات المدمنين أو جماعة المراهقين في مجتمع محلي معين، كما يمكن وضع خطة علاجية جماعية أو فردية في الدور الايوائية والتعامل مع الأحداث الجانحين في هذه الدور علي سبيل المثال بما يوفر قدرا كبيرا في الموارد بالتركيز علي الحلول الجماعية أكثر من التركيز علي الحلول الفردية.

الخلاصة : إن العلاج السلوكي كما يهدف إلى علاج المشكلة الأساسية فإنه أيضا يهدف إلي معالجة الأمراض الناجمة عن هذه المشكلة واستبدالها بأعراض أكثر صوابا، والخطة العلاجية تتطلب تحديد الأساليب العلاجية ومن أول هذه الأساليب:

١. تمتين التواصل البصري بين الأخصائي الاجتماعي وبين العميل .
٢. كما أن تغيير السلوك يمكن أن يتم من خلال التواصل عن طريق الإشارة ولابد من تقدير تكلفة العلاج سواء كانت مالية أو عينية .
٣. التسجيل ويعتبر جزءاً هاما من ممارسة العلاج السلوكي في الخدمة الاجتماعية وهو عبارة عن كتابة ملاحظات مفصلة ودقيقة عما تم إنجازه بداية من نقطة الانطلاق وانتهاء باتمام العملية العلاجية.
٤. التقييم يعتبر من أهم عمليات العلاج السلوكي، ويتضمن التقييم إجراء مقابلات مكثفة لاكتشاف ما يلي:

- ما الذي ينظر إليه المشاركون في العملية العلاجية كمشكلة تتطلب حلا؟
- من هم الذين يشكون أو يعانون من هذه المشكلة ؟
- من هم الذين يمثلون جزءاً من المشكلة ؟
- ما إيقاع حدوث المشكلة من حيث الزمن ودرجة الحدة ؟
- هل تتمثل المشكلة في أن السلوك أصبح عاما أو غالبا أو غير ملائم .؟
- من الذي يمكن أن يلعب دور الوسيط في حل المشكلة ؟
- إلى أي درجة يرغب العميل في حدوث تغير في سلوكياته ؟
- إلى أي مدي تتوفر المدعمات ؟

الفصل السابع

نظرية التدخل المهني في الأزمات

Crisis theory

أسستها Naomi Golan وقد لخصت هذه النظرية في مجموعة من المرتكزات أو الفرضيات تتمثل في الآتي : (Bayne:101-116)

١. إن كل أنسان أو مجموعة من الناس أو مجتمع تتعرض لنوع أو أخـر مـن الأزمات أو الكوارث أو الصدمات أثناء حياتها .
٢. المخاطر التي يتعرض لها الإنسان أو الأحداث المؤلمة قد يكون من الممكـن التنبؤ بها والتي تنجم عنها أزمات كمرحلة المراهقة أو الزواج أو الانتقال من بيت إلي بيت، كما أن هنالك أحداثا أخري يمكن التنبـؤ بهـا كـالموت أو الطلاق أو الكوارث الطبيعية .
٣. الأزمات تعني إختلالا في التوازن القائم بين الإنسان والبيئة التي يعيش فيها أو الناس الذين يتعامل معهم حيث تصبح قدراته عاجزة ولو مرحليـا عـن التكيف أو التوافق مع ما يحدث له .
٤. عندما يحدث الاختلال في التوازن فإن الإنسان السوي يحاول بقدر الإمكان أن يستعيد هذاالتوازن بطرق مألوفة وعندما تفشل هذه الطرق فإنه سـيحاول طرقا جديدة لحل المشكلة التي يواجهها .
٥. عندما تفشل كل الطرق والمحاولات في مواجهة الأزمـة أو المـشكلة فـإن الإنسان يصاب بالتوتر والقلق.
٦. إن عامل الفجائية المصاحب للكارثة أو الأزمة أو الأحداث المأسوية يضاعف من عدم القدرة علي حل المشكلة ويضاعف من التوتر المصاحب لها ولـذلك فإن الأزمة ستنشط باستمرار ما لم توضع لها حلول.

٧. الأحداث المأساوية يمكن النظر إليها بإحدي الطرق التالية حيث ترتبط كل حادثة من الأحداث بنوع معين مطابق لها في الاستجابات وفقا لما يلي :

الأحداث المأسوية	الاستجابات
١. المهددات threats	القلق ، التوتر ، اضطرابات نفسية
٢. فقدان loss	الحزن والاكتئاب
٣. الإنسان يواجه بالتحديات challenges	Hope أماني – أمل

٨. عدم النجاح في مواجهة حل المشكلات أو مواجهة الأزمات في الماضي يؤدي إلي فشل الإنسان في حل هذه المشكلات والوقوع في مزيد من الإزمات .

٩. كلما تمكن الإنسان من حل الأزمات التي واجهها في الماضي كلما كان قادرا علي حل المشكلات التي ستواجهه في المستقبل .

١٠. العملاء الذين يواجهون مشكلات معينة أكثر انفتاحا أو تقبلا لطلب المساعدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين .

١١. تجدر الإشارة إلي أن الوقت بين تفجر الأزمة وايجاد حلول لها يختلف باختلاف الأزمات، ويعتمد علي مجموعة من المتغيرات منها: شدة الأزمة والمخاطر المحيطة بها ، وردود فعل الشخص عليها ، وطبيعة وتعقيدات المهام التي يجب أن يقوم بها الاخصائي الاجتماعي من جهة والعميل من جهة أخرى ، ومدى توفر الموارد لمواجهة هذه الأزمة . وفي كل الأحوال فإن الأزمات خاصة الفردية وعملية اختلال التوازن لا تستمر طوال الحياة، ففي حالة فقدان عزيز مثلا غالبا ما يستمر الحزن الشديد من أربعة إلي ستة أسابيع ، وخاصة بالنسبة لضحايا الحرائق أو حوادث المرور أو

الطيران أو الحروب والزلازل، ولذلك فإن من واجب الخدمة الاجتماعية أن تكثف عملها مع هؤلاء خلال هذه الفترة الزمنية .

١٢. إن المواقف المتعلقة بالازمات من بدايتها إلي نهايتها لها مراحل محددة يمكن التنبؤ بها تتمثل في ردود الفعل العاطفية أو الانفعالية للاستجابات السلوكية لكل مرحلة من المراحل وهي علي التوالي كالفزع والتسويات والنكرات والمساومة ثم التقبل والتكيف . وتصاحب هذه المراحل من الفعل وردود الفعل عملية تثبيت نمط وهذا النوع يتطلب التدخل العلاجي . في بداية الازمة أو الصدمة غالبا ما يكون الشخص غير راغب في تلقي أي مساعدة للتخفيف من وقع الحدث ، ولكن بالتدريج فإن حصون الدفاع عن الذات تبدأ في الإنهيار، وهذه اللحظة هي التي من المفترض أن يتدخل فيها الاخصائي الاجتماعي لمواجهة الأزمة .

١٣. أثناء التفاعل مع الأزمة ومحاولة التغلب عليها ، فإن العملاء غالبا ما يطوعون أساليب جديدة للتكيف مع الوضع الراهن ، وهذا ما يمكن العميل من التغلب علي أي مشكلات أو أزمات مستقبلية مماثلة وبأقل أنواع المساعدات التي يتلقاها من قبل الخدمة .

١٤. ان استراتيجية التدخل المهني في الأزمات لها هدفان أساسيان وهما :

أ. مساعدة العملاء علي حل المشكلات التي تؤرقهم .

ب. إعطاء خبرة جيدة لأسلوب حل المشكلات حتي يستطيع العملاء تحسين أو تطوير مقدراتهم المستقبلية للتعامل مع الصعوبات وليصبحوا أكثر رغبة في تقبل المساعدة .

ج. إن الهدف من تقييم المشكلة ليس هو دارسة استجابات العملاء الإنفعالية أو تاريخ حياتهم كما هي الحال في نظرية التحليل النفسي، ولكن الهدف هو تحديد متطلبات ما يمكن عمله وتحديد العقبات التي قد تحول دون متطلبات ما يمكن عمله والضغوط التي لا يمكن تغييرها .

د. تحديد المشكلة والعمل علي حلها من خلال منظور التدخل المهني لحل الازمات سواء كان تدخلا قصير المدي أو طويل المدي لـــه مراحـــل محدده تمثل فيما يلي :

١. علي الاخصائي الأجتماعي وصف المشكلة كما هي الآن وأن يحدد بدقة المشكلات المحتملة بمساعدة العميل علي وصف الـــصعوبات بطريقتـــه الخاصة .

٢. علي الأخصائي الاجتماعي أن يقوم بتلخيص المشكلة كما يفهمها ويدركها وعرضها مرة أخري علي العميل للتعرف علي ما إذا كان تخليصه يمثل حقيقة المشكلة كما يراها العميل .

٣. الوصول إلي اتفاق مع العميل حول رؤيته الحقيقية للمشكلات الأساسية .

٤. أن يواجه الأخصائي الاجتماعي المشكلات غير المحلولة وغير المرغوبـــة، وذلك عندما يرغب العميل في حل قد لايساعد علي حل مـــشكلته الحقيقـــة ، كالرغبة في الرجوع إلى زوجة مطلقة أو زوج مطلق يصعب الرجوع إليه أو أن الرجوع لايساعد على حل المشكلة بل يزيدها تعقيداً .

٥. علي الأخصائي أن يبرز المشكلات التي أغفلها العميل أو تجنب ذكرهـــا أو لا يتقبلها أولا يدركها .

٦. علي الاخصائي الاجتماعي أن يبحث عن شركاء آخرين يساعدون علي حل المشكلة إذا كان ذلك ضروريا .

٧. تحديد مكان المشكلة وزمان حدوثها بصورة مفـــصلة بكـــل المـــشكلات الراهنة واتخاذ قرار بالتغيرات المرغوب فيها والعمل حول مـــا يجـــب عمله، بإبـــراز المشكلات ووضعها فـــي شكل أسبقيات وتحديـــد نـــاتج العلمية العلاجية المرغـــوب فيها، وتصمـــيم منظومة المهـــام والاتفـــاق علي اللقاءات أو الاتصـــالات وفقا لجـــدول زمني محـــدد . وتطـــوير البدائل الممكنة في خطة العلاج وتنفيـــذ الخطـــة وتـــسجيل المـــوارد أو الإجراءات والإستراتيجيات والحوافز والمهارات ورصد المعوقات وكيفية التغلب عليها.

الفصل الثامن

المنظور الوجودي في الخدمة الاجتماعية

Existential theory

المداخل الوجودية والإنسانية لممارسة الخدمة الاجتماعية هي طرق للنظرة إلى الحياة، فالناس في حياتهم يحاولون أن يضفوا معني للعالم من حولهم ، وأن الاخصائيين الاجتماعيين يحاولون مساعدة الناس في الحصول علي المهارات التي تمكنهم من اكتشاف أنفسهم واكتشاف العالم الذي يؤثرون فيه ويتأثرون به بتحليله وتفسيره، وقد استندت النظرية الوجودية في ممارسة الخدمة الاجتماعية علي عدد من النظريات النفسية منها علي سبيل المثال لا الحصر نظرية lating في الصحة العقلية ونظرية Rogers في العلاج المتمركز حول العميل وغيرهما كثيرون. (Bayne: 169-181) وربما كان Carl Rogers واحدا من أهم الكتاب في المنظور العلاج الانساني في الخدمة الاجتماعية وأن كان تأثيره في الخدمة الاجتماعية يعتبر تاثيرا غير مباشر لأن جل اهتمامة قد انصب علي الإرشاد النفسي الذي يعتبر من صميم اهتمامات الاخصائيين الاجتماعيين، ومن المنطلقات الإنسانية للمنظور الوجودي هي التعامل مع مبادئ أساسية للخدمة الاجتماعية وقيمها الاخلاقية كمهنة لتقديم المساعدات الأنسانية، ومنها الجدية والأمانة والاستماع والصداقة الحميمة والدفء في العلاقة والاحترام والتقبل والفهم المتعاطف مع العملاء وفقا لسلم متدرج للعلاقة العلاجية بين الاخصائي الاجتماعي والعميل، يمكن من خلاله تقييم مدي فاعلية العميلة العلاجية وفقا للحقائق التالية :

١. إننا نستيطع أن نفهم أنفسنا فقط في ضوء علاقتنا بالآخرين .

٢. ان ما يقلقنا أساسا في حايتنا أن نفقد الآخرين وأن نصبح وحيدين.

٣. ونحن نشعر بالجرم الذي اقترفناه في حق أنفسنا لأننا لا نسطيع أن نجعل حياتنا خلاقة ونحن وحدنا الذين تقع علينا المسؤولية في أن نفعل ما نشاء وفقا لقراراتنا الذاتية .

٤. الهدف من العلاج مساعدتنا علي العمل وتقبل الحرية والمسئوولية في القيام بذلك.

ويرتبط المنظور الوجودي في الخدمة الاجتماعية بمنظور الأزمة، ويري أن هنالك أربعة محاور للأزمات التي يواجهها الإنسان في المجتمعات المعاصرة تتمثل في الآتي :

١. المحور الجسدي
٢. المحور الاجتماعي
٣. المحور النفسي
٤. المحور الروحي .

المحور الجسدي:

فالإنسان في هذا المحور يصارع من أجل السيطرة علي عناصر قانون الطبيعة فيقاوم فناء الجسد من جهة والحاجة إلي التقبل الاجتماعي بالمحافظة علي جمال الجسد من جهة أخرى ، فالناس يسعون إلي تحقيق الأمان لأنفسهم في هذا المحور من خلال المحافظة علي الصحة من جهة وامتلاك المزيد من الثروة ومنفعتها بالنسبة إليهم أمر مؤقت بالموت من جهة اخرى .

المحور الاجتماعي : العلاقات مع الأخرين فالأخرون هم الجحيم بعينه :

فالإنسان دون قصد منه شاء ذلك أم لم يشأ سيجد نفسه بين محاور متضادة في حياته الاجتماعية ، فالاتجاهات التفاعلية بين الناس تتراوح بين الحب والكراهية، كما تتراوح هذه الاتجاهات بين التكامل والتنافس ، بين التقبل والرفض ، بين الانتماء والعزلة ، وعن كل ماسبق تنجم أزمات قد يستطيع الإنسان تجاوزها أو لا يستطيع، فبعض الناس نتيجة لهذه المواقف المتصارعة

يفضلون الأنسحاب من عالم الآخرين ، وهذا في حد ذاته يعتبر أزمة تتطلب حلا، وأخرون يسيرون بصورة عمياء فينغمسون أو يستمرون في علاقات غير مرغوب فيها من أطراف أخرى .

المحور النفسي : (العلاقة مع الذات):

يتضمن هذا البعد ضرورة أن ينتمي الإنسان إلي نفسه ، وانتماء الأنسان إلى نفسه يتطلب أن تكون فكرة الانسان عن نفسه صحيحة ، وأن يكون قادراً علي الاستفادة من خبراته الماضية في تشكيل حياته المستقبلية وأن تكون له هويته، ولكن الذي يحدث في واقع الأمر أن الإنسان قد لا يستطيع أن يحدد هويته أو يتقبل ذاته ، وكل ذلك يؤدي إلى الإرتباك أو الإختلال أو الإنفراط .

المحور الروحي : علاقة الإنسان مع الكون :

يحاول الإنسان أن يجمع بين منقصات الحياة وقضاياها ، فالناس يلجأون إلي الجانب الروحي ليضفوا معني علي حياتهم ، ولتقبل حقيقة الموت ، فالإنسان الروحي بدلا من الخوف من الموت يتمني حسن الخاتمة ، ويتقبل حقيقة فناء الجسد في الدار الدنيا والخلود في الآخرة .

ولكن هناك منظور فلسفي أكثر تعقيدا في العلاج الوجودي ، فالمنظور الوجودي يوجه خطابه إلي حاجة المهنيين الملحة لتقديم علاج أكثر فاعلية للفقراء والأقليات ، وذلك بالتركيز علي الوضع الراهن للعملاء ، ويحاول المنظور الوجودي أن يكون مرنا وانتقائيا في توظيف مداخل متعددة لعلاج العملاء ، ويحرص المنظور الوجودي علي أن ينظر إلي العميل من خلال قيمه وعاداته وتقاليدة وأسلوب حياته، ويحاول أن يعيد تكيف الإنسان مع ذاته، وليس مع القيم والعادات المجتمعية الراسخة . إن هذا المنظور لن يقنع الاخصائيين الاجتماعيين الممارسيين لسببين رئيسيين هما :

١. ينطلق المنظور الوجودي من كتابات فلاسفة وعلماء نفس ودين تنطوي علي مصطلحات ومفاهيم غريبة وعصية الفهم علي ممارسي الخدمة الاجتماعية العاديين ، والاخصائيون الاجتماعيون غالبا ما يميلون إلي العمل والتطبيق

أكثر من الانزلاق للتنظير والأبعاد الفلسفية لممارساتهم ، بمعني آخر أنهم يميلون إلي تقديم حلول عملية ومصلحية واضحة المعالم.

٢. يهتم المنظور الوجودي كفلسفة بتقديم تقنيات ومهارات تساعد الأخصائيين الاجتماعيين علي أداء وظائفهم، ولقد ولدت الفلسفة الوجودية في محيط من الخراب والدمار الذي شهدته أوربا في الحرب العالمية الثانية، وقد وقف كتاب الفلسفة الوجودية ومبدعوها ضد الأعمال الكاذبة والوعد بحياة هنيئة وسعيدة للإنسان ولكن اتضح أن العلم لن يحل مشاكل الإنسان ، فهنالك العديد من القضايا التي تعاني منها الإنسانيةومنها علي المثال لا الحصر الاغتيالات أي كان نوعها ومنها الحروب وعدم الاستقرار الاقتصادي وارتفاع معدلات الطلاق وارتفاع معدلات الجريمة .

ويعبر فلاسفة الوجودية في كتاباتهم عن اليأس أو الإحباط ، وللخروج من هذا إلى أس أو الأحباط تصبح المسئولية مسئولية فردية ، فالانسان شخص متفرد، والحياة عبارة عن معاناة مستمرة وما علي الاخصائي الاجتماعي إلا أن يساعد العميل على تحمل نصب الحياة وقسوتها ومآسيها ، وبمجرد ان يكتشفها الإنسان فإنه يستطيع أن يتجاوز هذه المآسي ، فاليأس والإحباط قد يكون مصدرها شعور الانسان بالعزلة والوحدة والعجز، وكل هذه مصدرها رضوخ الإنسان أو خضوعة واستسلامة للقيم والعادات والتقاليد السائدة، لأنها لا تساعده علي اكتشاف قدراته وتستعبده وتصادر حرياته وحقه في الاختيار . والعلاج هنا يتمثل في التحرر من القيم المكبلة للأنسان وإرادته، فالإنسان كيان متفرد وقائم بذاته وأن محاولة تحجيم تفرد الإنسان ضررها أكثر من نفعها ولذلك فإن علي المعالج أن ينطلق في تعامله مع العميل من المرتكزات التالية :

١. حرية الاختيار ويقصد بها الإيمان بقدرة الإنسان علي إحداث التغيير شريطة التصميم والإرادة .

٢. المعاناة وهي تقتضي الصبر علي الرغم من الآلام ومن الألم تنبثق القدرة علي الخلق والإبتكار .

٣. مجادلة الحياة بمعني الدخول في حوار مستمر مع البيئة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يعيش فيها الإنسان، أي بمعني مواجهة تحديات الحياة .

٤. الإلتزام، أي أن يلتزم الإنسان بتقدير وتوفير طاقاته لما فيه الخير له ولغيره من الآخرين، أي بمعني التفاني من أجل خير الإنسانية جمعاء، وهذا يرسخ رؤية العميل الإيجابية للحياة من حوله، ويعطي حياته معني وأسلوبا خاصا به .

٥. إن معظم أفكار علم النفس الإنساني والوجودي مستمدة من إهتمامات ماسلو Maslow الخاصة بتحقيق الذات وفقا لسلم متدرج لإشباع الاحتياجات حسب أهميتها بالنسبة للإنسان .

٦. كما يستمد المنظور الوجودي في ممارسة الخدمة الاجتماعية إصوله من نظرية التفاعل الرمزي كما حددها جورج هربرت ميد Mead الذي يفسر أفعال الناس في ضوء رموز العالم الخارجي الذي يختزنونه في عقولهم ، فالناس يطورون هذه الرموز من خلال تفسيراتهم لتفاعلهم مع العالم الخارجي وفيما بينهم باستخدام اللغة، فالناس يتفاعلون مع أنفسهم أولا حتي يتيسر لهم التفاعل مع العالم الخارجي، والخدمة الاجتماعية من المنظور الوجودي تحاول مساعدتهم على التفاعل علي المستويين الداخلي والخارجي حيث يتشكل وجودهم في نهاية المطاف.

الفصل التاسع

نظرية العلاج الاسري

Family Therapy

الخدمة الاجتماعية كمهنة معنية بالعلاقات بين الأفراد ومحيطهم الاجتماعي، فالطريقة التي يؤسس بها الفرد عالمة وإحساسة بنفسه تتم بواسطة جماعات اجتماعية صغيرة وكبيرة متنوعة، ومن أهمها الأسرة، والمعالجون الأسريون في الخدمة الاجتماعية معنيون بالأسرة كوحدة اجتماعية أساسية تقوم علي علاقات القربي والإلتزام والألفة والمودة الحميمة ، والأسرة تلعب دوراً مؤثراً في عملية التنشئة الاجتماعية علي السلوك، والأسرة في الغالب لا تتقدم بنفسها مجتمعة لطلب العلاج ، ولكن من المتعارف أن كل فرد منها لدية مشكلة ما من مشاكل الحياة ، ولكن المعالج الأسري لا ينظر للعميل بمعزل عن محيطه الأسري، فالأعراض التي يعاني منها العميل تعتبر جزءا من أنماط التفاعل الأسري ، ولذلك فان علي المعالج توظيف عناصر القوة في الأسرة لايجاد حلول للمشكلات التي يعاني منها العملاء وتعرف نظرية العلاج الأسري ، الأسرة بما يلي: ((الأسرة نسق حكم ذاتي يدير نفسه وفقا لأحاكم تكونت عبر فترة من الزمن من خلال عملية المحاولة والخطأ)).

وتستمد نظرية العلاج الأسري أصولها من ممارسة نظرية التحليل النفسي من جهة ونظرية الأنساق من جهة أخري ، فالأسرة تمثل نسقا مفتوحا يؤثر ويتأثر بما حوله من ظروف بيئية طبيعية أو اجتماعية سواء كانت داخلية أو خارجية . والأسرة وحدة اجتماعية خلاقة وتتحمل مسئوولياتها في السعي وبذل أقصي الجهود للسيطرة علي البيئة من حولها، بما يحقق استقرارها ورفاهيتها وسعادتها، والتدخل أو المساعدة المهنية في الخدمة الاجتماعية تقدم للأسرة عندما

تعجز هذه الأسرة عن التكيف مع الظروف الطارئة أو المتغيرة سواء داخلها أو من خارجها ، فمرحلة مراهقة الأبناء -مثلا - قد تنجم عنها توترات بينهم وبين الآباء في المجتمعات المعاصرة ، كما أن الهجرة قد تمثل مشكلات صعوبة تكيف الأسرة مع ظروفها المستجدة وكذلك البطالة والفقر والإدمان والجريمة والشيخوخة والمرض والطلاق والترمل والإنجاب غير الشرعي .

يعتبر ناتان اكراماان Nathan Ackreraman مع بعض الدارسين بانه مؤسس العلاج الأسري من خلال المقالة التي كتبها في عام ١٩٣٧م وعنوانها (الأسرة وحدة اجتماعية وعاطفية) كما تعتبر ميري باون (Bowen) إحدي المؤسسات لدراسة العلاقة بين الطفل والأم من خلال التركيز علي التعايش بينهما باعتبار أن الشوزوفرينيا أو الانفصام هو نتيجة لعقدة لم يتم حلها في العلاقة بين الطفل وأمة . (Turner : 432-452).

وقد حدد بعض الدارسين عمليات محورية عديدة للاسرة السوية وهذه المحاور سواء أكانت منفردة أو مجتمعة هي التي تحدد مدي الصحة الأسرية كما يلي :

١. في كل أسرة من الأسر لكي تكون سوية لابد من وجود مشروعية تنطلق منها السلطة داخل هذه الأسرة وتترسخ بمرور الزمن (في الاسلام الرجال قوامون علي النساء)
٢. لابد من نظام لقيم مستمرة ومتسقة داخل الأسرة يستطيع أفراد الأسرة وبناءا عليها أن يحددوا مواقفهم وأفعالهم ، فكل أسرة من الأسر تمثل وحدة فريدة قائمة بذاتها سواء فيما يتعلق ببنائها أو معتقداتها ، وعلي الاخصائي المعالج أن يجد الأسلوب الأنسب للتعامل مع الأسرة المعنية .
٣. لابد من وجود سلوك متبادل مستقر مشترك ومتسق يدعم بعضه بعضا داخل الأسرة .
٤. لابد من وجود عناية مستقرة وفعالة بالأطفال .
٥. لابد من وجود ممارسات تساعد علي الإبقاء علي الزواج وتحافظ علي استمراريته .

٦. ضرورة وجود نسق من الأهداف التي يسعي إلي تحقيقها كل فرد من أفراد الأسرة والأسرة مجتمعة .

٧. لابد من وجود درجة من التوافق والتكيف الناجح والمرن لتتمكن الأسرة من استيعاب الأزمات المألوفة وغير المألوفة التي تواجهها .

في عام ١٩٧٦م حدد lewis وآخرون الحد ، الاقصي للأداء الأسري الذي يتسم بعمليات متنوعة للتفاعل بين واحدة أو أكثر من العمليات التالية أو نقيضها :

١. التوافق الاسري وعكسة المشاكسة أو المعاكسة الأسرية.

٢. الاحترام أو التقدير لوجهات النظر المختلفة التي يعتقدها الانسان أو الآخرون أو بمعني آخر القدرة علي الإتفاق والإختلاف وعكسها الدكتاتورية أو التسلط.

٣. الاعتقاد بأن دوافع الانسان دوافع معقدة ولكن لديه قدرة علي أن يتسم بالمرونة في علاقاتة الأسرية وعكسها التعصب .

٤. أتاحة الفرصة داخل الأسرة للقيام بالمبادرات الفردية وعكسها السلبية .

٥. البنية الأسرية المرنة تتسم بالعلاقات الزوجية والوالدية المتماسكة وعكسها البنية المفككة التي تتسم بانعدام الضوابط وتسود فيها الفوضي .

٦. من سمات الأسرة السوية وجود مستويات متقدمة للإستقلالية الشخصية سواء في المشاعر أو الأفكار أو الأفعال ، وعكسها الاعتمادية أو الاتكالية.

٧. أعضاء الأسرة السوية يتفهمون أنفسهم بصورة تتفق مع فهم الآخرين لهم وعكسها سوء الفهم .

٨. الأسرة السوية يتسم أفرادها بالوضوح والصراحة في التعبير عن عواطفهم الجياشة تجاه بعضهم البعض بصورة عفوية ، لأن برود العلاقات والجفوة ستقود حتما إلي التباعد العاطفي بين الزوجين علي وجه التحديد الذي يتخذ السمات التالية :

١) الزيادة المستمرة في إيقاعات التباعد العاطفي .

٢) الخلل العضوي أو العاطفي الذي يصيب أحد الزوجين .

٣) نشوب الصراع بين الزوجين .

٤) اسقاط المشكلة علي الأطفال ومعاقبتهم علي ذنب لم يقترفوه

وللتعرف علي هذه المشكلات وكيفية علاجها فإننا سنتناولها من خلال منظورات أو مداخل الخدمة الاجتماعية العلاجية الآسرية التالية :

- المنظور البنائي structural family therapy
- المنظور السلوكي behavioral therapy
- المنظور الاستراتيجي strategic therapy
- المنظور أو النموذج التواصلي (التواصل الأسري) Family communication therapy (Davies:97-113,147-155)

المنظور البنائي للأسرة: مجموعة الأسئلة ذات الصلة ببناء الأسرة ومشكلاتها التي غالبا ما تكون لها علاقة ببناء الأسرة تتمثل فيما يلي :

١. ما ديانة الأسرة ؟
٢. ما عدد أفراد الأسرة وأشكالها: نووية أم ممتدة ؟
٣. ما نوعية الأشخاص الذين تضمهم الأسرة أقرباء غير أقرباء ؟.
٤. ما الفئات العمرية لأعضاء الأسرة (الأطفال والكبار)؟
٥. ما المشكلة الراهنة التي تعاني منها الأسرة أو تواجهها؟
٦. ما نوع الجنس داخل الأسرة أو أعضاء الأسرة حسب النوع؟
٧. ما الوضع الاقتصادي داخل الاسرة ؟
٨. ما طبيعة العلاقة الأسرية (أسر متفاعلة – غير متفاعلة – متماسكة – مفككة – متشددة – متسلطة – متجبرة – قصرية – مرنة – حرة – طليقة)؟
٩. ما خصائص المشكلة التي تعاني منها الأسرة ؟ كيف بدأت ؟ متي بدات ؟ ومن الذي تسبب فيها ؟ ومن الذي يبقي عليها أو يصر علي إثارتها ؟ من هم الأشخاص أو أفراد الاسرة الذين يحرصون أو يرغبون في حل المشكلة ومن الذي يعوق جهودهم ؟ ما المتغيرات الأساسية التي تحكم الأسرة في علاقتها

مع الأنساق الخارجية مثلا – الخلافات والتوافقات مـــع الأســـرة الممتـــدة ؟ والعلاقات الايجابية أو السلبية مع صاحب العمل أو مع المؤسسات الأخري؟، وما الجو العقابي السائد في الأسرة ؟ وخاصة علاقات الأسرة مع المعاقين – الضرب والتهديد – وفرض الحلول بالقوة ؟ مانوع العلاقة الوالدية الـسائدة، هل هي تسطلية ؟ (اب مستبد) وما مظاهر الحماية الزائدة عن الحد والـدلال والإهمال والنبذ ؟؟.

المنظور السلوكي للعلاج الفردي للأسرة :

حدد كل من فورد وديفدز في عام ١٩٨١م أربعة عوامل لابد من وضعها في الاعتبار عندما يقرر الاخصائي الاجتماعي تدريب الوالـــدين علـــي المهـــارات الوالدية، وهذه الاعتبارات تشمل ما يلي :

١. تقييم مدي إمكانية السطيرة علي البيئة المحيطة بالوالدين .
٢. ما مشكلة العلاقات الشخصية بين الوالدين ؟، لأن العلاقة إذا كانت سالبة بين الزوجين أو الوالدين قد تؤدي إلي إعاقة أي جهود لإحداث أي تعاون .
٣. ما المشكلات الشخصية داخل النفس البشرية التي يعـــاني منهـــا الوالـــدان؟ فالإحباط والقلق قد يؤديان إلي شلل مقدرات كل من الوالدين على الاستفادة من التدريب علي السلوكيات الوالدية .
٤. ما الموارد والدوافع بالنسبة للأبناء التي يمكن أن توحي أو تقتـــرح أشـــكالا أخري من التدخل المهني؟ فهناك مفكرون وعلماء آخرون أكدوا علي دراسة العلاقة وأنماطها بين الوالدين للتعرف علي نمط شخصية كل واحد منهمـــا ، فقد يكون أحدهما متسلطا أو إنهزاميا أو عدوانياً أو سلبيا أو قاسيا أو عكـــس ذلك عطوف أو حنون . ومن دارسة هذه الصفات يمكن التوصل إلي وجود صفات سلبية أو إيجابية بين الوالدين قد تساعد علي متانة العلاقة بينهما وفقا لما يلي :

أ. العلاقات التكاملية وهي العلاقات المتقابلة لحد بعيد في سلوك الوالدين فإذا كان الزوج عدوانيا فلا بد ان تواجهها أو تقابلها سلبية من الزوجة.

ب. العلاقات المتصاعدة أو التصاعدية : وهي يقابلها سلوك مماثل لها (زوجان متوتران)

ج. العلاقات المتوازنة : وهي العلاقات المكونة من واحد أو اثنين من الانفعالات فتتسم بالمرونة والتعصب في الوقت نفسه (تقلب المزاج)

المنظور الاستراتيجي في العلاج الأسري : عبارة عن مبادرات استراتيجية علاجية تتمثل في سلسلة من التدخلات المهنية لإحداث تغيرات محددة يقوم بها الاخصائي الاجتماعي وفقا لما يلي :

١. يقوم المعالج بضبط العملية العلاجية وتصبح مدخلا معينا لكل مشكلة من المشكلات .

٢. هنالك العديد من المدارس الخاصة بالعلاج الاستراتيجي الذي كان يقوم به عدد من الممارسين من مختلف المهن والتخصصات ومن ذلك مثلا :

أ. العلاج عن طريق حل المشكلات .

ب. العلاج العقلي أو الأمراض العقلية .

ج. العلاج الإدراكي الذي يوظف في حالات الأسر المستعصية المشاكل والتي تقاوم أي حل من الحلول ، علي الرغم من أنها تعاني مشكلات مزمنه مستعصية ولا يستطيع الأفراد فيها أداء الوظائف ، وفي غالب الأحوال فإن مثل هذه الأسر لا تتجاوب مع المداخل أو المناهج العلاجية التقليدية .

د. المعالجون الاستراتيجون ينصب اهتمامهم علي تغيير نظرية العلاج والوسائل التي تساعد علي إحداث تغيير في الحياة الأسرية ، ولذلك فإنه لابد من تضافر الجهود من مختلف التخصصات لعلاج هذه الأسر وعن طريق عمل الفريق دعما لمضاعفة أحداث التغيير في أسر تقاوم التغيير باستمرار .

ه. يهتم المعالجون الاستراتيجيون بأعراض المشكلات ، ومن أهدافهم الرئيسية القضاء علي الأعراض السلوكية داخل الأسرة ، لأن هذه

الأعراض السلوكية بغض النظر عن أسبابها هي التي تؤثر في تفاعلاتها وتفرض عدم الاستماع لبعضهم البعض أو الفهم الخاطئ لأي أشـــارة أو كلمة أو فعل يصدر من الطرف الأخر

و. يتضمن العلاج الاستراتيجي تقنيات تتمثل فــي التــشخيص والمحافظــة وإعادة التخطيط أو إحداث تغيرات محددة في أعراض المشكلات التـــي تعاني منها الأسرة .

ز. تتمثل الوصفة العلاجية التي يخترعها الاخصائي العلاجي للأســرة فــي التعليمات أو الموجهات السلوكية التي يجب أن يشارك فيها أفراد الأسرة، أما المحافظة فإنها استراتيجية تعتمد علي عدم إحداث التغيير في اتجاهات معينة من الممكن ان يؤدي تغييرها إلي تضاعف مشكلات الأسرة ، أما استراتيجية التقييد فأنها تتمثل في وضع إطار معين للجهود العلاجية التي سيقوم بها الاخصائي الاجتماعي والتي تحدد الاعراض أو السلوكيات أو منظومة السلوكيات التي يفضلها الاخصائي الاجتماعي ويحاول الإبقـــاء عليها كقاعدة انطلاق للعملية العلاجية بصورة طبيعية .

ح. العلاج عن طريق التواصل الأســري: Family Communicastion therapy (clinical intervention with families)

مكونات العلاج الاسري عن طريق التواصل في الخدمة الاجتماعية :

النماذج النفسية الاجتماعية للتواصل إنبثقت من تدريس الأنساق الصغري لمهارات الشخصية والمهارات الاجتماعية لمداخل الخدمة الاجتماعية السلوكية ، كما أن لها صلة بتطوير الاستشارات النفسية في الخدمة الاجتماعية باستخدام التقينات التجريبية من أجل إعطاء العملاء فرصة للتعلم العملي لبعض المهارات التي يساعدهم الاستشاريون علي تملكها، وباستخدام وسائل تعليمية كالتسجيلات المرئية أو الصوتية أو سلوكيات حقيقية وفيما يتعلق بالتواصل فإن نظرية الدور role theory تلعب دورا في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، لأن النظرية تتناول بالتحليل والتفسير التفاعلات بين العميل والآخرين ، وكيف أن توقعات هؤلاء

الأخرين وردود فعلهم تؤثر بصورة متميزة في ردود فعل العملاء، وهذا جانب مهم في فهم شخصية العميل فقد اكدت هيلين برلمان Perlman علي أدوار الأسرة والوالدين كمحددات للشخصية والسلوك علي وجه العموم وفي التوامل الاسري علي وجه الخصوص ونظرية التواصل في الخدمة الاجتماعية الاجتماعية تعتبر نوعا من النظريات الاجتماعية النفسية التي تساعد الاخصائيين الاجتماعيين علي القيام بالتدخلات المهنية الاكثر ملاءمة في التواصل مع العملاء. (Turner : 541-563) إن كثيرا من الطاقة تحافظ علي توازن نسق ما كالفرد أو الأسرة أو الجماعة الاجتماعية ، وتتكون هذه الطاقة من المعلومات وردود الفعل عليها ، كما أن كثيرا من نظريات الشخصية التي يتم توظيفها في الخدمة الاجتماعية مثل نظرية علم نفس الأنا ، تهتم بكيفية تعامل الفرد مع الواقع الاسري الذي يعيش فيه وان هذا الواقع يرتكز في الاساس علي كيفية التواصل داخل الأسرة الذي يعتمد بدور علي كيفية تفسير أفراد الأسرة لهذا الواقع وفهمهم لانماطة السلوكية ومن ثم فان التواصل يمثل جزءا ضروريا لفهم الاخصائي الاجتماعي لنظرية التواصل كإطار عام لممارسة الخدمة الاجتماعية الأسرية فالعميل في المحيط الاسري يتلقي المعلومات ثم يقيمها ويرسلها مرة أخرى (feedbadk) ليدرك كيف تم تقييم المعلومات من قبل المتلقي، فقد تفسهم الرسالة بصورة كاملة أو جزئية أو انتقائية أو قد لا تفهم علي الاطلاق ويساعد فهمها علي العلاج سواء كانت تمثل فعلا أو ردود فعل أو قولا منطوقا أو إشارة أو حتي لو كانت مكتوبة، وعدم وضوح الرسالة يترتب عليه الكثير من سوء الفهم ومعوقات التواصل داخل الأسرة وفقا لعدد من متغيرات ومكونات التواصل الأسري .

هنالك سبع مكونات رئيسية مرتبطة بالتواصل بين أفراد الأسرة تتمثل في :

أولا : البيئة العامة :

١. الاستماع Listening
٢. أجواء المخاطبة
٣. أجواء المشكلة

ثانيا : أدوات التواصل

ثالثا: الإهتمام بعملية التواصل.

رابعا : محتوي أو مضمون التواصل .

خامسا : معوقات التواصل .

سادسا: مكونات التواصل .

سابعا: حلول مشكلات التواصل ودور الاخصائي الاجتماعي .

المجموعة الرئيسية للسلوكيات :

اجمعت علوم السلوك علي أنه لأبد أن يكون هنالك مستمع قبل أن يكون هناك متكلم أو متحدث ، كما أنه لابد أن تكون هنالك رسالة ما قبل قناة ما للوصول إلي المستمع .

أ) قنوات التواصل :

١. كلمات منطوقة.

٢. تواصل غير منطوق (لغة الجسد).

٣. التواصل عن طريق الإشارات ، واللغة غير المنطوقة (لغة الجسد) كإدارة الظهر لمتحدث من الأسرة كمثال للتواصل غير المنطوق ، والتعبير عن المواقف يتم من خلال تعبيرات الجسم وحركات الأعضاء والإشارات وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلي القنوات المساعدة للتواصل ، والتي قد تكون عبارة عن نبرات الصوت ودرجته . واللغة أو لغة التواصل المنطوقة قد تكون مفردات أو كلمات معروفة ومتداولة ولها معاني محددة ، كما قد تكون مجرد أصوات متفق عليها أو غير متفق علي معانيها . بالإضافة إلي ما سبق فان وصول الرسالة إلي المتلقي من قبل المرسل أو المتحدث تعتمد في كثير من الأحيان علي وضعية الجسد أو وضعية الحواس ويتوقف ذلك علي :

١. التواصل البصري أثناء الحديث أو المحادثة .

٢. الموقف قد يتطلب غض الطرف أو الحياء .

٣. قد يتطلب الموقف طريقة معينة في جلوس أطراف المحادثة.

٤. المسافة التي تفصل بين المتحدث والمتلقي .

٥. يتطلب الموقف إظهار الاهتمام من قبل المرسل أو المتلقي أو الرسالة .

ب) الاهتمام بعملية التواصل :

من المفترض أن يظهر المتلقي أو المستمع اهتماما متواصلا بالرسالة وان يعبر عن ذلك بالإشارة أو اللغة المنطوقة أو تعابير الجسد ومن ذلك مثلا :

١. أن يعلق علي محتوي الرسالة بالمقاطعة .

٢. قد يقاطع (والله دي حكاية).

٣. أن يتقبل بعض المعلومات ويرفض البعض .

٤. أن يرفض المعلومات التي يشك في صحتها شريطة الإ يصبح رفضه عقبة في طريق استمرار التواصل بينه وبين العميل . اما بالنسبة للمتحدث فإنه قد يحافظ أيضا علي انتباه المستمع بطرق معينة ، كما يمكن ان يستخدم تواصل توجيه المستمع إليه كأن يقول مثلا (انظر لي هنا) وفي كثير من الأحيان يعبر المستمع عن عدم رغبته في الاستماع أو التواصل، وعلي المتكلم أن ينتبه إلي مثل هذه المواقف التي تعبر عن نفسها (تثاؤب المستمع- ان يسرح المستمع أو ينظر إلي ساعته أو يستغرق في نوم عميق أو أن يظهر علي وجهه الضيق والامتعاض .

ج) محتويات التواصل الاسري :

ويتضمن المواقف التالية :

١. أن يصف أفراد الأسرة الأحداث التي تربط بينهم وخبراتهم بأمانة .

٢. هل يطلبون مايريدونه من بعضهم البعض بصراحة وبأساليب متعددة ؟

٣. هل يعبرون عن آرائهم ومشاعرهم بصورة صريحة ؟

٤. هل لديهم الرغبة في اقتراح الحلول للقضايا التي تواجههم؟

د. معوقات التواصل الأسري :

١. التواصل في شكل أوامر (افعل كذا أو قل كذا)

٢. التحذير والتهديد.

٣. الوعظ.

٤. النصيحة بأعطاء حلول لمشكلة لم يتعرف عليها الناصح.

٥. إعطاء محاضرات (درس في الأخلاق)

٦. اللوم.

٧. التحقير والشتم

٨. إثارة الشك والريبة .

٩. اعطاء تعليقات ساخرة (يا شاطر – تغيير الموضوع والانتقال لموضوع آخر لاصلة له بالموضوع الذي يجري الحديث حوله)

١٠. طريقة الضحك أو الإبتسامة وغيرها من التعبيرات .

١١. التواصل قد يكون إداة من أدوات العقاب ومن أنوع العقاب بين الزوجين عدم الرغبة في المشاركة .

١٢. التحالفات داخل الاسرة ، فقد يتحالف الابن مع أمه ضد أبيه أو العكس.

هـ) مكونات التواصل :

١. مهارات الاستماع :

والتي من المفترض أن تكون مرتبة ترتيبا هرميا بمعني رأسيا مثلا حسب الفئة العمرية أو أفقيا مثل الزوجة تستمع للزوج أو العكس، ومنها الهدوء وعدم المقاطعة، وفي هذه الحالة فان علي المتحدث أن يفهم أن الاستماع لا يعني الموافقة علي كل ما يقول، ولذلك فإن عليه أن يعطي المستمع فرصة أن يعبر عما يدور في ذهنه .

٢. مهارة التعبير :

وهي التي تتطلب ان يتحدث الانسان بالضمير الأول (أنا) وأن يلقي المتحدث اللوم علي نفسه ، ويتجنب العبارات الجارحة ويتحول من الطلبات والأوامر إلي الرجاءات، والتواصل العنيف المصحوب بالعقاب يدفع الأسرة إلي

الاستجابات الملتوية كالنكران والكذب لحماية الذات . ومن متطلبـــات التواصـــل الجيد اختيار الوقت المناسب وهو الوقت الذي يكون فيه الناس في حالة استرخاء وليسوا خاضعين لضغوط خارجية، ان الاسترخاء في التواصل يساعد العمـــلاء علي التفاعل الرمزي مع الآخرين Symbolic Insteraction فنظرية التفاعل الرمزي ذات صلة وثيقة بالعلاج الأسري عن طريق التواصل والتفاعل الرمزي منظور اجتماعي نفسي يري أن الناس يقومون بأفعالهم طبقـــا لرمـــوز العـــالم الخارجي الذي يتعاملون معه من خلال مخزون واسع من الرموز الذهنية التـــي طوروها من خلال تفسيراتهم للتفاعل بينهم وبين الآخرين علي وجه عام وفـــي المحيط الأسري علي وجه الخصوص باستخدام اللغة ، حيث توجد عوالم صغيرة يتعامل معها الانسان في دواخله ويجيزها ، قبل أن يمارس ذلك في الواقع العملي في التفاعل مع الآخرين ، فالشخص الذي يناجي نفسه في صـــمت أو بأصـــوات مهموسة إنما هو في حقيقة الأمر يمارس تمارين علي كيفية تواصله مع الآخرين فيما بعد أو أنه يسترجع بنفسه تفاعلات مضت ويخضعها للتقييم حتي لو كان ذلك في محيطه الأسري ، وعندما يخلو الإنسان إلي نفسه يخضع كل عالمه الخارجي ورموزه إلي سيطرته فالناس يخططون ويديرون سلوكياتهم من خلال تفاعلاتهم، ولذلك فإن لدي الناس القدرة علي تفسير عالمهم والتاثير فيه وفقا لرغباتهم التـــي تحلل الواقع وتفهمه، وفهم العملاء في المحيط الأسري مـــن قبـــل الأخـــصائي الاجتماعي وفقا لما سبق يعني في الأساس أن اخـــصائي الخدمـــة الاجتماعيـــة الأسرية ينطلق في العملية العلاجية من خلال التفاعل الرمزي من منطلق يختلف عن كثير من المنطلقات النظرية الآخري التي تتعامل مع العميل وكأنه مريض أو عاجز وغير قادر علي التفاعل السوي مع الآخرين، فمنظور التفاعل الرمزي يؤكد أن معظم العملاء قادرين علي السيطرة علي مـــصيرهم بأنفـــسهم وفقـــا لفهمهم وإدراكهم لأدوارهم في الحياة وتواصلهم اللغوي والرمزي مع الآخرين بالقدره علي التعبير عن انفسهم، وكما يقول Cheiklin فإن منظـــور التفاعـــل الرمزي يقدم بديلاً للاخصائيين الاجتماعيين بصيغة من الفهم النفـــسي الخـــالص للسلوك البشري فالتركيز علي التفاعلات والرموز، ربما كان أقل عبئا من الناحية

العاطفية علي كل من العميل والاخصائي من العلاقة المغلقة لممارسة الخدمة الاجتماعية التقليدية .(Turner:454-483)

و) **مهارات حل المشكلات**: وتنطلق من المبادئ التالية :

١. المشكلة لا تحل نفسها بنفسها ولا يحلها مرور الزمن مالم تعالج أسبابها.
٢. التواصل الأسري ضروري لحل أي مشكلة من المشكلات .
٣. أن يكون عضو الاسرة قادراً علي التعبير عن نفسه وان يجد من يسمتع اليه.
٤. أن يركز أفراد الاسرة علي حل المشكلة حلا جماعيا.
٥. أن يكون لدي أفراد الأسرة الرغبة والقدرة علي احداث تنازلات .
٦. ان يتبع الاخصائي الاجتماعي الخطوات التالية لحل المشكلات الأسرية.

١. تهيئة مسرح النقاش (مقاعد للجلوس، عناقريب، كراسي، بروش، ضيافة)
٢. تحديد القضايا التي ستناقش.
٣. التفاكر حول هذه القضايا بوضعها في شكل أسبقيات . ويتطلب هذا ما يعرف بتوقيع عقد مهني مع الأسرة ، وفي هذا العقد يتم الاتفاق علي ما هو متوقع من أفراد الأسرة ، وما هو متوقع من الاخصائي الاجتماعي ، وان يلتزم به كل طرف من الاطراف ، وقد يتطلب ذلك التعاقد وضع استراتيجية لدعم مهارات التواصل من خلال التدريب أو اعطاء نماذج لها أو القيام بما يعرف بتمثيل الدور، ويقصد به ان يقوم أفراد الاسرة بالاشتراك في تمثيلية تعكس بصورة حقيقية المشكلات التي يواجهونها وكيفية التعامل معها في الواقع العملي .

الفصل العاشر

المنظور الراديكالي لممارسة الخدمة الاجتماعية

خلال السبعينات من القرن العشرين لقي المنظور الراديكالي (الثوري) لممارسة الخدمة الاجتماعية رواجا في الولايات المتحدة الامريكية وخاصة بين الأمريكيين السود من الاخصائيين الاجتماعيين ، وعلي الرغم من أن هذا المنظور لم يدم طويلا إلا أن بعض مفاهيمه ظلت جزءاً لا يتجزأ من التفكير النظري في الخدمة الاجتماعية وخاصة البعد النقدي لممارسة الخدمة الاجتماعية ودورها ووظائفها، وفي إطار هذا المدخل الثوري توفرت أرض نظرية ملائمة لتطور أشكال معينة للخدمة الاجتماعية تتمثل في مفاهيم كالتمكين Empowerment والدفاع والتحريض Advocacy واثارة وعي العملاء وترقيته consciousness وقد ميز Rojek (١٩٨٦) بين ثلاثة مداخل للمنظور الراديكالي في الخدمة الاجتماعية وهي :

- **<u>الموقف التقدمي</u>** : فالخدمة الاجتماعية تعتبر وسيلة لإحداث التغيير لأنها تلزم المجتمع البرجوازي الديقراطي بإتاحة الفرصة لتمثيل الطبقة العاملة الجماعي والتوعية بضرورة إحداث التغيير وتوفير الرعاية الشاملة ومقاومة الخصخصة.
- **إعادة انتاج النظام الرأسمالي** : الخدمة الاجتماعية وسيلة لإعادة إنتاج النظام الرأسمالي القائم علي استغلال وقهر الطبقة العاملة ، حيث أن معظم أو كل عملاء الخدمة الاجتماعية هم من الطبقة العاملة وعلي الرغم من ذلك فإن الخدمة الاجتماعية التقليدية تنأي بنفسها عن السياسة .
- **<u>الموقف المتعارض</u>** : حيث تشغل الخدمة الاجتماعية وضعا أو موقفا متناقضا في المجتمع، فالأخصايئون الاجتماعيون هم وكلاء النظام الرأسمالي من جهة وهم ضد هذا النظام غير العادل من جهة أخري ، وأنهم أدوات للضبط الاجتماعي من جهة وأدوات لمناصرة الطبقة العاملة لتلعب دوراً أكثر إيجابية

في أحداث تغيرات من أجل إحداث المزيد من العدل والمساواة في المجتمع من جهة أخري وللمنظور الراديكالي مجموعة من الانتقادات والمآخذ علي الخدمة الاجتماعية التقليدية تتمثل في ما يلي :

- الخدمة الاجتماعية التقليدية توجز المشكلات الاجتماعيـة وتقـصرها علـي المشكلات النفسية الفردية ، والخدمات المتاحة شحيحة ومواردهـا الماليـة محدودة ومتفرقة وتفتقر إلي النظرة الكلية وتعزل العملاء الذين يعانون من المشكلات الاجتماعية عن بعضهم البعض وتحرمهم من تضافر جهودهم مع بعضهم البعض للتغلب علي هذه المشكلات.
- تقوي وتدعم النظام الاجتماعي القهري للرأسمالية ، كما تدعم المهنية علـي حساب العملاء وللتغلب علي هذه الانتقادات فإن علي الخدمة الاجتماعية كما يري كل من Bailey, Brakre ان تتفهم ظروف المقهورين والمحـرومين وأوضاعهم الاجتماعية في إطار البنية الاقتصادية التي يعيشون فيها وأن يعاد تغيير هـذه البنيـة وتـشكيلها حتـي يمكـن رفـع الظلـم عـن هـؤلاء المحرومين.(Shapiro, 1983;888-901) البعد المهني لهـذا الاتجـاه أو المدخل ظهر في الولايات المتحدة الامريكية في الستينات مع اشتداد وطـأة الفقر والحروب الإقليمية واشتداد حركة الحقوق المدنية بين السود والملونين ، فقد انحاز مفكرو هذا المدخل امثال (إلينسكي Alinsky) إلـي الأقليـات الثقافية والعرقية المحرومة والمضطهدة ، ويري هؤلاء ان مشروعية ممارسة الخدمة الاجتماعية يجب ألا تكون مستمدة من الأجهزة الرسـمية الحكوميـة فقط، ولكن لابد من أن تستمد هذه المشروعية من العملاء أنفسهم ، أو بمعني أصح من الأقليات نفسها، لأن الأجهزة الرسمية القائمة غير متعاطفة مع هذه الاقليات، لأن أنماط الأقليات الثقافية واحتياجاتها تختلف عما تعارفت عليـه الخدمة الاجتماعية من احتياجات مجتمع البيض ذي القوة والنفوذ . ولذلك فإن دور الخدمة الأجتماعية بين هذه الأقليات سيعتمد كثيرا علي مدي قوة حركتها السياسية ، ومدي الاستجابة لمثل هذه الحركات من مختلف الأجهزة .

الدعوة إلي تسييس الخدمة الاجتماعية لم تكن قاصــرة علـــي المجتمـــع الأمريكي فحسب ، ولكن الدعوة إلي توطين الخدمة الاجتماعيـــة فـــي البلـــدان الأخري ، قد صبغت بصبغة سياسية أيضا ، فقد رأت (Rosenman, 112,118) أنه لكي يتم توطين الخدمة الاجتماعية في أستراليا ، فإنه لابد مـــن أن يتحـــول الاهتمام في مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية من التركيز علي التقنيات والأساليب إلي التركيز علي التحليل السياسي المجتمعي المرتبط باحتياجـــات المهـــاجرين الجدد من السكان واحتياجات سكان استراليا الأصـــليين ، واحتياجـــات الخدمـــة الاجتماعية الريفية في المستوطنات الريفية المستحدثة ، مع إبراز دور الاتحادات والنقابات وعلاقات العمل في المناطق الحضرية والصناعية .

وفي بريطانيا ونتيجة لتوحيد خدمات الرعاية الاجتماعية تحـــت مظلـــة مصلحة حكومية واحدة ، فقد نشأت تنظيمات مطلبية تضم مختلف المهـــن علـــي مستوي المجالس المحلية ، وقد أصبحت هذه المجالس أكثر أهمية ، وأقوي مـــن الروابط المهنية ، ويري الراديكاليون من الاخصائيين البريطـــانيين أن التمـــسك بالمهنية ما هو إلا مظهر من مظاهر الصفوية في الخدمة الاجتماعية التي تعنـــي في النهاية الوصاية علي العملاء (Federico, 1973:144-1445,33-55) وقد دفعت التنظيمات المطلبية الاخصائيين الاجتماعيين ، وخاصة الشباب منهم إلـــي المشاركة في الاحتجاجات والتظاهرات والاضرابات والاعتصامات المعارضـــة للسياسات الاجتماعية الحكومية (Parry: 45).

اما Nagpaul فقد ذهب في دراسة له عن تعليم الخدمة الاجتماعية فـــي الهند إلي أن التعليم الذي يبني علي الفلسفة الامريكية ، يبدو أنه غير مناسب كلية في المجتمع الهندي (Rosenman:113-116). ويتساءل الراديكـــاليون عمـــا إذا كانت الخدمة الاجتماعية تمر بأزمة حقيقة نتيجة لما يلي :

١. انكماش وفشل الجرأة التي كانت تتمتع بها .
٢. فقدان الثقة وعقدة المهنية .
٣. تدهور المستويات المهنية .

٤. التقنيات الخاطئة .

٥. التعاطف السياسي غير الملائم .

٦. استقطاعات وتخفيضات ميزانيات الرعاية الاجتماعية نتيجة الأزمات الاقتصادية سواء في البلدان الصناعية أو النامية وعولمة الاقتصاد الرأسمالي وخصخصة الخدمات الاجتماعية .

٧. تعثر خلق قاعدة نظرية لإنطلاقة الخدمة الاجتماعية .

والانتقاد الرئيسي الذي يوجه إلي الخدمة الاجتماعية من الراديكاليين ، هو أنها أصبحت أداة من أدوات الضبط الاجتماعي، وأن الخدمة الاجتماعية تغلف دورها في الضبط الاجتماعي بدعاويها الإنسانية لأداء الوظائف الايديولوجية للرعاية الاجتماعية في الدولة الرأسمالية، كما يري هؤلاء أن الخدمة الاجتماعية تتخفي في اداء وظائفها في الضبط الاجتماعي وراء نظريات مهنية من أهم سماتها اختزال المشكلات الأجتماعية إلي المستوي الفردي (Clarke,1979:125-136).

كما يري بعض الدراسين ان التغيرات البنائية في ممارسة الخدمة الاجتماعية لم يكن لها انعكاسات علي المستوي النظري والأكاديمي ، لأن الأخصائيين اعتبروا التغيرات التي صاحبت الحرب العالمية الثانية والأزمات الاقتصادية وتجارب الخدمة الاجتماعية في البلدان الصناعية والنامية علي حد سواء ، تغيرات سطحية مؤقتة، وقد أوقع ذلك المهنة في عدد من المشكلات والتناقضات المهنية ، ومنها عدم القدرة علي التوفيق بين دورها في الضبط الاجتماعي ودورها في التغير الاجتماعي ، كما أخفقت الخدمة الاجتماعية في استيعاب التغيرات الإدارية والبنائية الناجمة عن الضغوط والصراعات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المحلية والاقليمية والدولية ، وأن الفقراء في الولايات المتحدة مثلا لم يستفيدوا من برانج الرعاية الاجتماعية ، والفقراء يمثلون أغلبية مهملة ومستثناة من اتخاذ القرارات وصياغة التشريعات الاجتماعية .

يضاف إلي ما سبق، أن الخدمة الاجتماعية قد وقعت بين تيارات عديدة تتجاذبها في اتجاهات متناقضة، تيار النموذج العلاجي النفسي القائم علي طريقة خدمة الفرد ، وتيار الخدمة الاجتماعية القائم علي تنمية المجتمع بوصفها طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية، وهذان التياران معا يعتبرهما الرايكاليون تيارين محافظين. ومن يدعون إلي التنمية الاجتماعية ، يفسرون هذا المفهوم تفسيرا خاصا بهم ، بوصف ان هذا المفهوم مستمد من علم الاجتماع وليس من الخدمة الاجتماعية وحدها، ولذلك فإن علي الخدمة الاجتماعية التنموية أن تنأي بنفسها عن اساليب الخدمة الاجتماعية المحافظة ، وأن توجه أهتمامها لتحليل الظروف البنائية المجتمعية، سواء كان ذلك التحليل علي مستوي الأنساق المجتمعية أو الدولية ، وتحاول ان تخرج من مرحلة التحليل إلي مرحلة الفعل دون الالتزام المطلق بمبادئ وقيم ودعاوي الخدمة الاجتماعية النفسية كالمهنية والإنسانية (levy,1983:904-914) ومن هنا يري هؤلاء ضرورة التوفيق بين الخدمة الأجتماعية وعلم الاجتماع ، وأن يتحركا فوق مساحة واحدة من العمل المشترك ، فتكون الخدمة الاجتماعية مسؤولة عن تطوير تقنيات الممارسة ، بينما يساعد علم الاجتماع في وضع أو تاسيس نظرية للممارسة ، ومن الأمثلة علي ذلك المحاولة الجادة التي تبذل للقضاء علي مفهوم الفردية في الخدمة الاجتماعية ، أو ضرورة تجاوز الاصول الخيرية للرعاية الاجتماعية التي نشأت وتطورت في إطارها ممارسة الخدمة الاجتماعية ، ولكن الإدارة الحكومية ليس لديها الاستعداد لتغيير سياساتها لإنصاف المحرومين ، ولذلك لابد من أن ينحاز الأخصائي الي المحرومين ليحفزهم وليحثهم علي تغيير الأوضاع السائدة ليجعل منهم قوة ضاغطة من خلال تنظيم المجتمع (Terrel,1974,332-333) فالتطوع في مفهوم الراديكاليين ضروري ، ولكنه ينطلق من منطلقات أيديولوجية وسياسية أو فنية ومهنية مختلفة عن التطوع الذي ينبع من البر والإحسان ، والذي وظف في الأساس لتحقيق الضبط الاجتماعي واحتواء أو استيعاب الطبقة العاملة في نظام دولة الرفاهية الاجتماعية ، ولذلك يري أصحاب هذا المدخل بأن الخدمة الاجتماعية بمفاهيمها التقليدية لا تتيح فرصة لحرية الحركة لا

للاخصائيين الاجتماعيين ولا للعملاء ، ولا فرصة فيها للخيـال أو الابتكـار أو الوجدان والاستنباط ، لأن ضوابطها ومبادئها وطرقها واجراءاتها محددة تحديـدا دقيقا ، وغاية النجاح فيها أن يتمكن الاخصائي الاجتماعي من غـرس عناصـر الضبط الاجتماعي في العميل ، من خلال العلاقة القائمة بينهما ، وهي علاقة لا يملك فيها العميل أي سيطرة مباشرة أو غير مباشـرة علـي مـوارد الخدمـة الاجتماعية ، التي تقع كلها تحت سيطرة أجهزة الخدمة الاجتماعية ووحدها التي تعطي نفسها الحق في تدحل للسياسيين والتنفيذيين المحافظين ، وما لـم تتحـول الخدمة الاجتماعية إلي حركة اجتماعية ضاغطة فإنها لن تنال هذا الحق ، ولن تتحول إلي حركة اجتماعية مؤثرة ما لم تتجاوب مع غيرها من حركات الشباب أو الحركة النسائية والحركة العمالية : (Levy, 1983:904-914) .

اما في التنمية الاجتماعية التي يدعو لها الراديكاليون ، فإن المـوارد تقـع تحت سيطرة العميل مباشرة ، وهذا ما فشلت فيه الخدمة الاجتماعية حتي عندما حاولت التوسع في منطلقاتها النظرية وطرق ممارستها ، فقـد توجهـت توجهـا خاطئا باستعانتها بنظرية الأنساق ، فنظرية الأنساق كما يري الراديكاليون نظرية محافظة أيضا ، بل إنها أكثر محافظة من منطلقات الخدمة الاجتماعية التقليدية ، فنظرية الأنساق ، أو الوظيفية البنائية علي وجـه الخـصوص تنكـر إمكانيـة الممارسة الخارجية لتغيير النظم الاجتماعية ، هذا من جهة ، ومن جهة أخـري فإن نظرية الأنساق ستلائم الخدمة الاجتماعية في أداء أدوارهـا فـي الـضبط الاجتماعي ، وهذا ما سيزيد من رتابة وتكرار فكرها ومعارفها ويزيد من قلـق الأخصائيين الاجتماعيين لأنهم لن يستطيعوا التعامل مع المجـردات ، ونظريـة الأنساق نظرية بالغة التجريد والتعقيدات . (عجوبة ١٩٨٧م).

لقد حاولت بعض مدارس الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الامريكية تخريج اخصائيين اجتماعيين راديكاليين ، ولكن في الواقع العملي كان تـوظيفهم مشكلة لأنهم أصبحوا جزءاً من الصراع الاجتماعي ، ووظفوا خبـراتهم كلهـا لخدمة العملاء ، ولكن صعب الجمع بين النظرية الاجتماعية السياسية والممارسة الاجتماعية السياسية ، لأن الجماهير قد لا تستجيب لهذا النوع مـن الممارسـات

إستجابة فورية كان يتوقعها الراديكاليون ، بل ان تجارب بعض البلدان النامية أثبتت العكس ، حيث حاولت بعض النظم السياسية توظيف الأخصائيين الاجتماعيين توظيفا سياسيا مباشرا ، فكان توظيفهم خدمة لمصالح الحاكمين قبل المحكومين ، وتجنباً لهذا لدور سعت المهنة جادة للابتعاد مرة أخري عن تسييسها الذي أثر تاثيرا سلبيا علي مكانتها فى المجتمع واساليب ممارستها خاصة في البلدان غير المستقرة سياسيا .

هذا ويعتقد بعض الدراسيين (Turnerl ,1974:334) أن الاخصائي الاجتماعي المحرض يلعب بالضرورة دورا تخريبيا ، ودوره مناقض لدور المؤسسة التي يعمل بها .

الفصل الحادي عشر
منظور تكامل طرق الخدمة الاجتماعية ومجالاتها

إن المحاولة الراهنة لتطوير نموذج متكامل جديد للممارسة الأساسية للخدمة الاجتماعية تتعرض لمقاومة وانتقادات متنوعة مصدرها أولئك الذين يريدون استرجاع الوضع التقليدي لتعليم الخدمة الاجتماعية وممارستها إلي ما كان عليه، وهناك أيضا محاولات عديدة لحل الخلافات من أجل بناء نظري متكامل لطرق الخدمة الاجتماعية ومجالات ممارستها.

إن بدايات الخدمة الاجتماعية كانت كلها ذات طابع يتعلق بالإحسان وفعل الخير والإصلاح الاجتماعي ، وانطلاقا من الحركات التطوعية في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين انبثقت الحاجة إلي تعليم الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمركية وأوربا فمن خلال جمعيات تنظيم الإحسان تطورت مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية التي تتعلق بخدمة الفرد ، بينما تطورت مناهج الخدمة الاجتماعية التي تتعلق بخدمة المجتمع من خلال حركة المحلات الاجتماعية (Schwartz 1977:207-219) .

في السنوات الأولي لتعليم الخدمة الاجتماعية كانت خدمة الفرد هي طريقة ممارسة الخدمة الاجتماعية سواء في البلدان الصناعية أولاً والبلدان النامية مؤخرا، أما السياسة الاجتماعية والادارة الاجتماعية وتنظيم المجتمع، فقد كانت تدرس ولكنها كخلفيات أو مقررات مساعدة لممارسة الخدمة الاجتماعية أو مواد دراسية متخصصة لإداريي برامج خدمات الرعاية الاجتماعية كما كان يحدث لموظفي خدمات الرعاية الاجتماعية في المستعمرات البريطانية . ولذلك ظلت خدمة الفرد هي الحارس الوفي لمدارس الخدمة الاجتماعية ولقيمها المهنية ، كما أصبح لها مكانة متميزة في مناهج أو طرق ممارسة الخدمة الاجتماعية .

وفي الولايات المتحدة الامريكية إنتشر تدريس طريقة خدمة الفـــرد نتيجـــة للتوسع في ممارسة هذه الطريقة من منطلق رعاية الأسرة والطفولة لتشمل العمل في المستشفيات والمحاكم والمدارس بناء علي تقرير مؤتمر مليفورد الذي عقد في سنة ١٩٢٩م، وقد ركز هذا المؤتمر علي المجالات التي تمارس فيها خدمة الفرد، ومن ثم أصبح التخصص في الخدمة الاجتماعية قائما علي طريقة خدمة الفـــرد ومجالات ممارستها في خدمات رعاية الأسرة والطفولة والخدمـــة الاجتماعيـــة الطبية والخدمة الاجتماعية النفسية والخدمة الاجتماعية مع المـــدمنين والخدمـــة الاجتماعية المدرسية ، وقد ساد التخصص وفقا للمجال وتمثل طرق خدمة الفرد القاسم المشترك فيها ، ولكن بالتدريج توسعت المجالات مما اقتضي انبثاق طرق جديدة ومنها خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع مما اقتضي إعطاء مزيد من الأهمية للطرق وتحديد العلاقة بينها وبين المجالات والأساليب وفقا لما يلي من مـــداخل نظرية:

أولا : مداخل التخصص في الطرق والمجالات : Specialization approach

في سنة ١٩٥٦م كتبSmalley تقريرا خاصا لمجلس تعليم الخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية يوصي فيه بأن تقدم مدارس الخدمة الاجتماعية تخصصات تركز لا علي مجالات الممارسة ، ولكن علي طرق الممارسة ، وأن هذه الطرق يجب أن تشمل خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع ، أما سياسة الرعاية الاجتماعية والإدارة الاجتماعية والنشاطات الأخري ذات الصلة فإنها لا تعتبر طرقا من طرق الخدمة الاجتماعية ، ولكنها ، حسب وجهة نظر Smalley تندرج في مرتبه ثانوية أو تعتبر طرقا مساندة أو مساعدة لعملية التخصص (Siporin, 1978:418-920, Meyer, 1976:22-23).

لقد كان الاتجاه نحو قصر التخصص وفقا للطرق اتجاها مضادا لمـــا كـــان سائدا في الأربعينات والخمسينات، حيث كان لدي مدارس الخدمـــة الاجتماعيـــة إتجاه قوي لإعداد الاخصائيين الاجتماعيين وفقا لمجالات متخصصة في الممارسة كالخدمة الاجتماعية الطبية وغيرها من المجالات بالاضافة إلي تدريس طريقـــة خدمة الفرد التي كانت لها السيادة المطلقة علي الطرق الأخري، ، كمـــا كانـــت

توظف في جميع المجالات، لقد بذلت محاولات عديدة لإعادة وحدة طرق الخدمة الاجتماعية ومجالاتها بعدم التركيز علي طريقة واحدة أو مجال واحد، فالدراسات التي اصدرها كل من Goldstein و Manhan, Pincus في سنة ١٩٧٣م ودارسة Siporin في سنة ١٩٧٥م ، تمثل دفعة جديدة لها آثارها في تطوير نظرية ممارسة تجمع بين طرق الخدمة الاجتماعية مع تقسيم مجالات الممارسة إلي مجالين رئيسيين ، هما الأنساق الكبرى والأنساق الصغري .

ففي إطار هذه النظرية الجديدة تطورت مفاهيم ومصطلحات محددة منها مفهوم الممارسة علي مستوي الانساق المجتمعية الكبرى (macro level) ومفهوم الممارسة علي مستوي الانساق المجتمعية الكبري هى تلك الخدمات التي يستفيد العميل منها بوصفة عضوا في قطاع كبير من السكان علي مستوى الأحياء والمجتمعات المحلية، والذين يستفيدون من خدمات التخطيط والتنسيق بين المنظمات والأجهزة الرسمية وغير الرسمية التي تقدم الخدمات .

أما الانساق المجتمعية الصغري (Microlevel) فإنها تشمل أولئك الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الاجتماعية إستفادة فردية ومباشرة مثل الأسر والجماعات الأولية والمنظمات والمؤسسات ذات الخصائص المميزة التي يستفيد العملاء من خدماتها استفادة فردية ومباشرة .

نتيجة لهذا الاتجاه الجديد الذي يركز علي مواطن المشكلات أكثر من تركيزه علي طرق الخدمة الاجتماعية ، فإن هناك بعض مدارس الخدمة الاجتماعية قد هجرت طرق الممارسة المتخصصة كأساس أو كقاعدة لتنظيم المناهج الدارسية ، وفضلت قواعد وأسساً أخري لتطوير المناهج ، كالإهتمام بالمشكلات الاجتماعية، كما جربت مدارس أخري منهج الممارسة التكاملي الذي ساهم (Siporin) في تطويره وفقا لنظرية جديدة يشكل النسق المجتمعي الكبير إطارها العام (Meyer 1979:267-272)

ولذلك فان الطرق التي كانت مستبعدة من مركز ممارسة الخدمة الاجتماعية في مراحل تطورها الأولي ، قد عادت لها أهمية قصوي متساوية مع غيرها من

.الطرق التي كانت لها السيادة فيما سبق ، وقد حدث تطور في الطرق التي كانت مستبعدة وفي مجالاتها ، فعلي سبيل المثال أصبحت سياسة الرعاية الاجتماعيـــة كطريقة تركز علي البعد التاريخي ووصف الخدمات ، أما بالنسبة لتعليم الإدارة الاجتماعية كطريقة فإن الإهتمام أصبح منصبا علي دراسة الأنساق المفتوحة التي تحرك المنظمة أو المؤسسة كنسق ذي علاقة مع الانساق البيئية الأخري بدلا من التركيز علي دراسة السلطة والضبط والبنـــاء التنظيمـــي والعلاقـــات البنائيـــة والتكنولوجيا داخل المؤسسة ، بالاضافة إلي ماسبق، فإن كل من Binstock و Morris قد وصفا عملية التخطيط الاجتماعي علي أساس أنها طريقة من طرق الممارسة في الخدمة الاجتماعية وقد أكد ذلك كل من Gurin و Perlman .

وفي سنة ١٩٥٨م في امريكا قدم كل مـــن Harriet Bartlett و Grodon تقريرا لرابطة الاخصائيين الاجتماعيين الامريكيين يقدمان فيه تحديدا عمليا لإطار ممارسة الخدمة الاجتماعية ، ويتكون هذا الإطار من عناصر تكاملية أساســية ، تتمثل في أغراض الخدمة الاجتماعية ،ومجالات الاخصائيين الاجتماعيين والتي تشمل العمل مع الأفراد والأسر والجماعات والمنظمات والمجتمعـــات وأجهـــزة الخدمات والمؤسسات، وفي بريطانيا أخذ بمبدأ التدريب المتكامل لأول مرة فـــي جامعة لندن في مدرسة العلوم الاقتصادية ، حيث نادي الخريجون بضرورة البعد عن التخصص في الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٥٤م، وهذا المفهـــوم الجديـــد لممارسة الخدمة الاجتماعية ساندته الكوارث والأزمات الاجتماعية والاقتـــصادية خلال الستينات وأوائل السبعينات في الولايات المتحدة الامريكية والمتمثلة فـــي تأثير تطبيق الحقوق المدنية والأخذ بمبادئ العون الذاتي وبرامج محاربة الفقـــر وحركات السلم والتوسع في برامج خدمات الرعاية الاجتماعيـــة ،مـــع رفـــض عمليات الحياة المؤسسية وتفضيل الرعاية الأسرية مهما ساءت علـــي الرعايـــة المؤسسية مهما حسنت (Parry,pp: 39-45) .

وقد أدت هذه الأحداث إلي تطورات هائلة فـــي مجـــال ممارســـة الخدمـــة الاجتماعية التي اقتضت بدورها طرقا جديدة في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية وفي مجالات التعامل مع العملاء والممارسين والمنظمات والمجتمعات والخدمات

الرسمية والتطوعية ، وفي مجالات التعليم والعمل الاجتماعي والإدارة والتخطيط والبحث وبرامج التنمية الذاتية ، وبذلك فقد تحولت ممارسة الخدمة الاجتماعية إلي النقيض مما كانت عليه بالتوجه نحو خدمة قطاعات اجتماعية أكبر بدلا من التركيز علي خدمة الفرد ، مما أحدث صراعا بين الراديكاليين من دعاة تغيير المجتمع من الاخصائيين الاجتماعيين وبين المحافظين منهم الذين يركزون علي البرامج العلاجية .

إن الأخذ بمبدأ تكامل طرق الخدمة الاجتماعية والتوسع فيها قد أدي إلي تضخم وتدني مستويات المناهج الدارسية ، وليس أدل علي ذلك من أن كثيرا من الخريجين لم يستطيعوا إجتياز الامتحان الموحد لرابطة الاخصائيين الاجتماعيين الامريكية ، كما أن بعض الذين تم توظيفهم قد وظفوا في مؤسسات علاجية مما سبب لهم كثيرا من الإحباطات ، وكما يقول بعض الدارسيين فإن التخلي عن النموذج القديم قد أدي إلي توحيد المهنة وتمزيقها في آن واحد (Siporin, 418-430) فقد توحدت المناهج ولكن قلت قدرة الطلاب علي الاستيعاب مما إنعكس سلبا علي الممارسة ، وخاصة الممارسة مع الحالات العلاجية الفردية التي تقتضي إتقان مهارات محددة لاغني عنها .

هناك إقرار عام داخل المهنة بنسق المبادئ والقيم والمهارات المشتركة ، ولكن يأتي مصدر عدم الاتفاق حول ما هي المعارف التي يحتاج إليها الاخصائي الاجتماعي لممارسة المهنة ، فالذين يتخصصون في الخدمة الاجتماعية العلاجية من أعضاء هيئة التدريس يتمسكون بأهمية قصوي لنظرية السلوك ونظرية الشخصية ، كما أنهم يؤمنون بأهمية محدودة لطرق البحث وسياسة الرعاية الاجتماعية وبرامجها وبالنظرية الاجتماعية والإيكولوجية ، ولكنهم غير مقتنعين بمدي جدوي هذه التخصصات الأخيرة وأثرها علي الممارسة الواقعية .

يضاف إلي ما سبق أن أجهزة خدمات الأسرة قد اعترضت علي المفهوم التكاملي في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، لأن التكامل يعني أن يتوسع العاملون في هذه الأجهزة في معارفهم بدرجة لاجدوي منها في واقع الممارسة، كما رأي آخرون أن نظرية الأنساق الكبري والصغري نظرية بالغة التجريد، ويصعب

تطبيقها في الواقع، كما أنها تناقش قضايا بعيدة عن مشكلات النـــاس الحقيقيـــة، ونظرية الأنساق تري أن النظام الاجتماعي قادر علي تصحيح أخطائـــه داخليـــا وبصورة تلقائية، وهذا يتنافي مع مفهوم التدخل المهني للخدمة الاجتماعيـــة. إن الذين يذهبون إلي ضرورة إستخدام نظرية الأنساق يدافعون عنها ويردون علي الذين يعارضون إستخدامها ويتهمونهم بضيق الأفق وعدم الرغبة فـــي توســـيع معارفهم ومداركهم أو بالمحافظة علي مصالحهم الشخصية قبل المصالح المهنية ، حيث تنحاز كل جماعة علي الطريقة المتخصصة فيها ، ويعتبرونهـــا المحـــور الرئيسي لممارسة الخدمة الاجتماعية مع إعطاء أهمية أقل للطرق الأخرى .

إن التركيز علي التخصص وفقا لطريقة واحدة أو وفقا لتكامل الطرق لم يؤد إلي إضعاف مسعي بعض علماء الخدمة الاجتماعية في أن يكون محور إعـــداد الاخصائيين الاجتماعيين هو مجال الممارسة ، فقد انتقـــدت Bartlett نمـــوذج الطرق لأنه يعتمد كثيرا علي النموذج الطبي في التشخيص والعلاج للخلل الفردي كما إعتمد علي نظرية الشخصية في التحليل النفسي ، والتـــي مـــن المفتـــرض تطبيقها في العمل مع الأسرة والجماعات والمجتمعات والمؤسسات ، وكاســـتجابة لهذا النموذج ونتيجة لمؤثرات حركة الصحة النفسية ، فإن منظري طريقة خدمة الجماعة وطريقة تنظيم المجتمع قد اتبعوا أو سايروا نظرية خدمـــة الفـــرد فـــي التحول إلي المناهج العلاجية الضيقة ورضوا بأدوار مهنية تابعة أو ثانوية .

وتضيف Bartlett بأن المناهج العلاجية التي أخذت بها مختلف الطرق تركز علي فنيات الخدمة الاجتماعية المستمدة من نظرية التحليل النفسي ، والتي غالبا ما يستخدمها اخصائيو الأمراض النفسية، كمـــا يـــستخدمها اخـــصائيو الخدمـــة الاجتماعية النفسية الذين لا يفترض أن يقوموا بالعلاج النفسي أو العصبي ، وإنما يعتبر دورهم دورا مكملا للأطباء وقد أدت هـــذه التوجهـــات إلـــي ان يهمـــل الاخصائيون الاجتماعيون أساليب العمل الاجتماعي وبرامج الاصلاح الاجتماعي والرعاية الاجتماعية ، وبرامج رعاية الفقراء، كما قادت التوجهات العلاجية أيضا إلي تضخم بيروقراطية مركزية ربما كانت ضارة . واهدرت كثيرا من الموارد في مختلف أجهزة الخدمات الاجتماعية (Gummer,1983:920-938).

وعلي كل حال فإن هناك خاصية من خصائص فترة الاصلاح الاجتماعي في الستينات في الولايات المتحدة الامريكية حيث اتسمت هذه الفترة بالتشيكيك في طرق الخدمة الاجتماعية الفردية المباشرة ومدي فاعليتها ، واصبحت تهمة عدم فاعلية خدمة الفرد لعبة محببة تكتسي بها المعارك السياسية في المجتمع الأمريكي، حيث تعرض الاخصائيون الاجتماعيون لشتي ضروب الهجوم عليهم وعلي ما يقدمونه من خدمات، ويذهب Siporin إلي أن المعركة سواء كانت من داخل المهنة وبين المهنيين أنفسهم أو من خارجها، فقد كانت تعكس الاهتمامات الخاصة والايديولوجية لكل فريق من المتخاصمين، والتي تتمثل في المعركة بين المتخصصين في الاستراتيجيات وبين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية العلاجية، وبين معسكر جماعات الخدمات المباشرة العاملين بنموذج التحليل النفسي، وبين العاملين بنموذج العمل الاجتماعي، وقد كانت هناك دعوة لاقت نجاحا وهي الدعوة لتغيير النموذج الذي ينحو نحو العلاج الفردي إلي نموذج تعديل السلوك، والاتجاه السلوكي هدفه تعليم سلوك غير متعلم أو تعديله أو تقويته أو تصحيحه أو خفض معدلاته أو محوه، فالمشكلات ناجمة عن عوامل خارجية وليست داخلية .

إن التحول الرئيسي لنظرية الممارسة يتمثل في المحاولات التي بذلت لتطوير مفهوم موحد لممارسة الخدمة الاجتماعية ليشمل قاعدة مشتركة لطرق المهنة كلها، ولتتضمن قاعدة الممارسة مدي واسعا من المسؤوليات المشتركة والمناشط الوظيفية للاخصائيين الاجتماعيين ، وقد تمثلت هذه القاعدة المشتركة في نموذج خطوات حل المشكلات الذي محل النماذج التقليدية لخطوات الخدمة الاجتماعية المستمدة من الطب ، وهي الدارسة والتشخيص والعلاج أما النموذج الجديد فإنه يتكون من خطوات تتمثل في تقدير الموقف والتدخل المهني والتقويم (Schwartz, 1983:20-228) .

ويشتمل النموذج الجديد علي دراسة الشخصية وتفاعلها مع الموقف كأساس للتدخل أو الممارسة المهنية، ويرمي التدخل المهني إلي تحقيق التفاعل الإيجابي بين الناس وبين البيئة التي يعيشون فيها ، من خلال استخدام الموارد الداخلية

والخارجية من أجل تحقيق رفاهيتهم الاجتماعية الشخصية. إن الحاجة الماسة إلي إطار نظري شمولي قد قاد إلي تطبيق نظرية الأنساق الاجتماعية في الخمسينات، ثم فيما بعد إلي تطبيق نظرية الانساق العامة ونظرية الانساق الايكولوجية، والتي اقتضت استخدام منهج مستمد من فنيات وأدوار عدة طرق، أو مزيج من الطرق لتقدير نوعية التدخل المهني، وأن نموذج نظرية الانساق يقترح برامج شاملة ومكثفة لتغيير الشخصية والبيئة من خلال منهج حل المشكلات القائم علي الفرضيات التالية في الخدمة الاجتماعية كما حددها (Loewenberg1977:14-19).

١. إن الظروف الإنسانيةوالاجتماعية تستجيب للتدخل المهني أو أنها تتطلب هذا التدخل ..
٢. إن المشكلات الاجتماعية قد تكون ناجمة من الإحباطات البيئية أو من عجز الفرد أو منهما معا.
٣. إن المشكلات ذات طبيعة ديناميكية معقدة ، ولا يوجد سبب واحد للمشكلة وإنما مجموعة من الأسباب المتداخلة .
٤. المحتوي أو الاطار المجتمعي من قيم وعادات وتقاليد وموارد والذي تمارس فيه الخدمة الاجتماعية يؤثر في تحديد المشكلة وفي وضع الأهداف وتطوير الاستراتيجيات وطرق التدخل المهني واساليبة .
٥. التدخل المهني أو الممارسة المهنية موجهة في الأساس إلي المشكلات ذات الصلة بالخدمة الاجتماعية ، وهي المشكلات الناجمة عن التفاعل الخاطئ بين الأشخاص والبيئة . ووفقا لهذه الافتراضات فإن الخدمة الاجتماعية لاتمارس إلا عندما يكون هناك خلل في العلاقة القائمة بين الأفراد والبيئة أو فيما بين الأفراد أو داخل النفس البشرية، فالتدخل المهني وفقا لهذه الفرضيات ينطلق من مفهوم أن التدخل المهني يصف الأنشطة التي تستجيب لمشكلة محددة أو تستهدف الحيلولة دون تطورها بناء علي طلب ومشاركة العميل نفسه أو مشاركة شخص ينوب عنه أو مع بعض الجماعات أو المؤسسات التي تتحمل مسؤولية الظروف المحيطة بالأفراد المهددين بالخطر.

ويعرف وليم غردون Gordon التدخل المهني بأنه لا يعني علي الإطلاق التطفل علي حياة الآخرين ، ولكنه يعني أنشطة مقننة وموجهة لأغراض وأهداف تحكمها أخلاقيات وقيم ومعارف وفنيات متفردة في مجموعها ومعترف بها في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية .

مما سبق يمكن أن نستخلص أن التدخل المهني مصطلح شامل يتضمن فاعليات الخدمة الاجتماعية وممارساتها علي مستويات متعددة، فقد يصف العمل مع الأفراد (خدمة الفرد) أو العمل مع الجماعات (خدمة الجماعة) أو العمل مع الأسرة (الخدمة الاجتماعية الاسرية) أو مع الأحياء أو المجتمعات (تنظيم المجتمع وتنميته) كما قد يشمل العمل علي مستوي الأنساق المجتمعية الكبري . (سياسة الرعاية الاجتماعية ، والتخطيط الأجتماعي والإدارة الاجتماعية) وتتميز هذه الطرق أو المستويات بأنها مرتبطة بنشأة طرق الخدمة الاجتماعية في المناطق الحضرية في البلدان الصناعية ، وكما ترتبط بتنمية المجتمع في البلدان النامية (كطريقة ومجال) فنظرية الأنساق قدمت علي أساس أنها تجيب علي تساؤلات عجز طرق الخدمة الاجتماعية في العمل الأقليات العرقية في المجتمع الامريكي وهذه التساؤلات هي :

١. ما المشكلات النفسية والاجتماعية للأقليات ؟
٢. ما الآثار السلبية المرتبطة بالمفاهيم العرقية السائدة في المجتمع الامريكي؟.
٣. ما أنواع الاضطهاد التي تمارس ضد هذه الأقليات ؟.
٤. ما الأهداف الجديدة الاجتماعية في العمل مع هذه الأقليات ؟.

وهناك من الدارسين من ينتقد نظرية الأنساق ، ويري أن هذه النظرية تخلط بين البيئة والأنساق ، وأنها تركز علي أوجه الشبه بين الأنساق وتهمل اوجه الخلاف وأنها تركز علي التوازن المستقر بين الأنساق وتهمل ما يلحق بهذه الأنساق من تغيرات ، وان دعاويها للتغيير زائفة لأنها حقيقة نظرية محافظة تبقي الأوضاع علي ما هي عليه (Leighninger, 1977:44-48) .

يتضح مما سبق أن هذه الطرق أسهمت في تطور الخدمة الاجتماعية ، فعلي سبيل المثال عندما كان المنهج الاصلاحي الاجتماعي سائدا في أوائل القرن العشرين كان التوجه الغالب نحو طرق الإدارة الاجتماعية والسياسة الاجتماعية وخاصة في بريطانيا، أما في امريكا ، فقد اعتمدت الخدمة الاجتماعية علي علم النفس وركزت علي طريقة خدمة الفرد، ثم عاد الاهتمام مرة أخري إلي منهج الاصلاح الاجتماعي في الثلاثينات واثناء الحرب العالمية الثانية ، وفي الستينات عادت الغلبة مرة أخرى للمناهج الاصلاحية فكانت السيادة أما للمنهج التكاملي أو الشمولي أو تنظيم المجتمع والسياسة الاجتماعية والإدارة الاجتماعية .

وحتي لا تتعرض الخدمة الاجتماعية لهذه التقلبات بين التوجهات الفردية والاصلاحية بتغير الظروف المجتمعية سواء في البلدان النامية أو الصناعية، فقد حاول بعض الدارسين وضع أهداف عامة للخدمة الاجتماعية بدلا من التركيز علي أهداف كل طريقة من الطرق علي حدة، كما ركز أخرون علي إيجاد تعريف مشترك لطرق الخدمة الاجتماعية ووظائفها ففي سنة ١٩٧٨ عرف كل من Baer وFederico الخدمة الاجتماعية علي أساس أنها المهنة التي تهتم بالتفاعلات بين الناس وبين المؤسات في المجتمع، وهي المؤسسات التي تؤثر في مقدرات الناس ويكون التدخل المهني بهدف تمكين الناس من أداء وظائفهم الحياتية وفقا لمقتضيات قيمهم وتطلعاتهم . والخدمة الاجتماعية تعالج الأسباب الحقيقية للضغوط التي يعاني منها الناس وهنالك ثلاثة اغراض أساسية للخدمة وهي :

١. تنمية مقدرات الناس وتقويتها علي حل المشكلات والتوافق معها .
٢. تطوير عمليات فاعلة لمختلف الأنساق والأجهزة والنظم التي توفر الموارد والخدمات للناس .
٣. إقامة صلة بين الناس والنظم التي تمدهم بالموارد والخدمات والفرص ، ولعل هذه الأهداف تتفق مع ما سبق أن توصلت إليه الرابطة الوطنية الامريكية للاخصائيين الاجتماعيين من أهداف للخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٥٨م وقد أوجزت الرابطة هذه الأهداف فيما يلي :

١. مساعدة الأفراد والجماعات لتحديد وحل أو التقليل من المشكلات الناجمة عن عدم التوافق فيما بينهم أو فيما بينهم وبين البيئة التي يعيـشون فيهـا (هدف علاجي) .

٢. تحديد المجالات المحتملة لعدم التوازن أو عدم التوافق أو الخلل بين الأفـراد والجماعات أو بينهم وبين البيئة من أجل الوقاية من حدوث أي خلل أو عدم توازن (هدف وقائي) .

٣. الخدمة الاجتماعية تهدف إلي تطوير المقدرات القصوي للأفراد والجماعات والمجتمعات وتقويتها أو دعمها (هدف تنموي) Bartlett 1958:6 .

من هنا يتضح لنا حسب هذه التعريفات ، أن هدف الخدمة الاجتماعية لم يصبح قاصرا علي إحداث التكيف أو التوافق فحسب ، وإنما أصبح الهدف مـن التدخل المهني هو إحداث تغيرات سواء علي مـستوي الفـرد أو الجماعـة أو المجتمع ، ولذلك اصبح ينظر إلي الاخصائي الاجتماعي كمغير اجتماعي سواء في البلدان النامية أو الصناعية وبالنسبة لجميع الطرق، حيـث حـاول بعـض الدارسين ان يتوسع في عدد الطرق كما توسعوا فى مجالاتها ووظائفها كما أكدوا بأن جميع الطرق يمكن أن تـؤدي الوظـائف العلاجيـة والوقائيـة والتنمويـة (Zastro,1981:3-50)

الفصل الثاني عشر

منظور توطين تعليم الخدمة الاجتماعية وطرق ممارستها

Indigenous Social Work Apporoach

الحاجة إلي توطين الخدمة الاجتماعية ترجع إلي الحقبة الاستعمارية، فقد انبثقت الحاجة إلي تدريب موظفين في الخدمات الاجتماعية من المواطنين ، حيث كان الضباط المستعمرون العاملون في هذه الخدمات قلة وتعوقهم اللغة ، ولذلك استعانوا بمساعدين محليين غير مدربين، وبالتدريج أنشئت حلقات دارسية لهؤلاء المساعدين في الداخل والخارج وكانت كنوع من التدريب أثناء الخدمة .

ومن أمثلة التدريب في الخارج الحلقات الدارسية المتخصصة التي أنشئت في مدرسة العلوم الاقتصادية بجامعة لندن لتدريب موظفي خدمات الرعاية الاجتماعية في المستعمرات، ولم تكن هذه الحلقات علي كل حال موجهة لكيفية عمل هؤلاء الموظفين في بلادهم ، ولكن ليتعرفوا علي كيفية إدارة الخدمات الاجتماعية في بريطانيا .

وكان هذا النوع من التدريب تدريبا حرفيا مثل الذي يتلقاه الاخصائيون الاجتماعيون البريطانيون الذين لم يكن تعليمهم يركز علي النواحي النظرية. فالتركيز علي الجوانب النظرية قد تطور أصلا في الولايات المتحدة الأمريكية ، وبالتجربة الامريكية تأثرت بلدان العالم الثالث سواء قبل الاستقلال أو من بعده لعدد من الأسباب، فقد تطورت القاعدة النظرية لتعليم الخدمة الاجتماعية علي أسس مهنية في الولايات المتحدة وخاصة فيما يتعلق بنموذج شمولية طرق الممارسة وتكاملها الذي إعتبر اكثر ملاءمة لبلدان العالم الثالث من غيره من النماذج ، خاصة وأن النموذج الذي كان سائدا في الولايات المتحدة الأمريكية هو النموذج العلاجي المتخصص الذي يستمد من قيم مبادئ ليبرالية ومفاهيم اجتماعية نفسيه (Hardiman 1982:241-248).

أقدم مدرسة للخدمة الاجتماعية في بلدان العالم الثالث أنشئت في شيلي في سنة ١٩٢٥م وبناء علي مبادرة أهلية خاصة، ومدة الدارسة فيها كانت سنتين، ولم ترتفع إلي أربع سنوات إلا في سنة ١٩٥٢م أما في آسيا فقد أنشئت أول مدرسة للخدمة الاجتماعية في الهند في سنة ١٩٣٦م وفي البلدان العربية في مصر في سنة ١٩٣٦م.

وبعد ذلك توالي إنشاء هذه المدارس وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية وذلك من خلال الجهود التي بذلتها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة، فقد شجعت علي قيام تعليم جامعي في الخدمة الاجتماعية يقوم علي التدريب الأكاديمي القائم علي النموذج الامريكي المتميز مهنيا. لقد ارسلت فرق من الخبراء من الأساتذة في الجامعات الامريكية إلي البلدان النامية لإقامة مدارس للخدمة الاجتماعية، كما خصصت ميزانيات لتدريب اخصائيين اجتماعيين من البلدان النامية، كما مولت تدريب المعملين من هذه البلدان مثل باكستان وأندونيسيا وإيران ومصر في الخمسينات والستينات عن طريق بعثات دراسية للجامعات الغربية وفي السودان كذلك .

لقد كانت هناك تطورات مشابهة في أفريقيا ، ولكن دور الأمم كان محدودا في افريقيا الفرنسية وأمريكا اللاتينية ، بينما المدارس التي ساعدت الأمم المتحدة في قيامها كانت علي صلة وثيقة ببريطانيا كما أن هناك مدارس أنشأتها جمعيات تطوعية كمدرسة دلهي للخدمة الاجتماعية، كما أن هناك بلدانا نامية ساعدت بلدانا نامية أخري في قيام تعليم الخدمة الاجتماعية علي المستوي الجامعي، فقد ساعد أساتذة مصريون في إنشاء دراسات جامعية في الخدمة الاجتماعية في جامعات بلدان الخليج العربية .

لقد انبثقت الدعوة إلي التوطين أول ما انبثقت بين خبراء الأمم المتحدة العاملين في أمريكيا اللاتينية مقترنة بنظرية التحرر من التبعية التي سادت أدبيات التنمية في السبعينات والثمانينات من القرن العشرين الميلادي.

ولكن في النهاية فإن كل هذه التجارب كانت متأثرة بالنموذج الأمريكي ، وقد كان ذلك نتيجة للمكانة الاكاديمية المرموقة لأساتذة الخدمة الاجتماعية، ولانتشار المؤلفات الامريكية في الخدمة الاجتماعية ، كما تذهب Meyer إلي أن أساتذة الخدمة الاجتماعية يعلمون الطلاب في ضوء انحيازاتهم الثقافية واهتماماتهم الذاتية ، وليس أدل علي ذلك من إصرار هؤلاء الأساتذة علي المنهج العلاجي سواء في البلدان الصناعية أو في البلدان النامية، وعلي الرغم من الاختلافات الثقافية بين المجتمعات إلا أنه من الملاحظ أن البلدان النامية قد نقلت من المجتمعات الغربية الصناعية عامة ومن المجتمع الأمريكي بصفة خاصة مناهج الخدمة الاجتماعية وطرقها وأساليب ممارستها ، وقد كان مركز الاهتمام في مناهج دراسة الخدمة الاجتماعية هو النموذج الامريكي العلاجي ، وقد عزل هذا النموذج الخدمة الاجتماعية عن قضايا أغلبية السكان في البلدان النامية ، ولم تتأثر البلدان النامية كثيرا بمناهج الخدمة الاجتماعية الإصلاحية سواء في بريطانيا أو في أمريكا نفسها ، ولذلك فإن المناهج الدارسية سواء في الهند أو في مصر بوصفها من أوائل البلدان التي أنشأت مؤسسات لتعليم الخدمة الاجتماعية، كانت تركز علي المشكلات الفردية ، ومن أوائل الكتب التي ألفت في هذه البلدان كمقررات دراسية كانت الكتب المتخصصة في خدمة الفرد أيضا ، علي الرغم من أن الخدمة الاجتماعية، نشأت في إطار ثقافي واجتماعي وسياسي واقتصادي يختلف عن ظروف البلدان النامية والتي طبقت فيها دون تعديل يذكر .

إن نشأة الخدمة الاجتماعية وتطور أساليب ممارستها ومجالاتها ، لم تكن متأثرة في الأساس بحركات اجتماعية قوية في هذه البلدان ، وإنما كانت تجارب تنقل أو يبشر بها بصورة فردية من قبل أساتذة أو خبراء أو موظفين حكوميين تنفيذيين متأثرين بدراساتهم أو بتجارب وقفوا عليها أو قرأوا عنها في البلدان الصناعية المتقدمة ، ومن ثم بدأت هذه البلدان تكتشف بأن النماذج العلاجية في الخدمة الاجتماعية لا تلائم جميع قضاياها ومشاكلها، فعلي سبيل المثال ذهبت A.Almazor إلي القول بأن نماذج الخدمة الاجتماعية الغربية غير ملائمة لمجتمع كالمجتمع الفليبني ، فالاخصائيون الاجتماعيون الفلبينيون مدربون علي

العلاج الفردي، وهذا غير ممكن التطبيق في المجتمع الفلبيني ، حيث أن الهويــة الفردية غير معزولة عن روابط المجتع والأقرباء ، ولذلك من الــصعب الأخــذ بمبدأ السرية في الوقت الذي تتوقع فيه الأسرة الممتدة أن تشارك في المــشكلات الفردية كما أن مبدأ تقرير المصير لامكانه له لأن الفرد لا يقرر مصيره بمفرده ويؤمن بالقدرية إيمانا مطلقا، كما أن بعض الناس قد لا يعبر عن مشاكله إعتدادا بالنفس ومحافظة علي كرامته وكرامة من يمتون له بصلة .

ايضا هناك مجتمعات لها قيم مختلفة لا تتقبل العميل كما هو كما طالبــت بذلك مبادئ الخدمة الاجتماعية ، لأن الإنسان ليس حرا في نفسه، فــالأم غيــر الشرعية في بلد إسلامي لا يمكن تقبلها كما هي الحال في المجتمعــات الغربيــة مثلا، هذا وقد أوضحت دراسات أجراها Midgley بأن النموذج الامريكــي أو الغربي يسيطر علي تعليم الخدمة الاجتماعية في كثيــر مــن مــدارس الخدمــة الاجتماعية في العالم الثالث، والذي صاحبته مبالغة في التأكيــد علــي العلــوم الأكاديمية النظرية، كما هي في الغرب ومن ثم فإن خريجي الخدمة الاجتماعية لا يملكون مهارات علمية للعمل في بلادهم ويتعرفون علي الاجراءات الحكومية بعد تخرجهم (Hardiman:249).

وقد أشار (Khinduka) إلي تجاهل المهارات التنموية الملائمة التــي تؤهل طلاب الخدمة الاجتماعية للعمل مــن أجــل القــضاء علــي المــشكلات الجماهيرية كالأمية والفقر في البلدان النامية، لأن الذي حدث أن هــذه البلــدان عندما أخذت بالمناهج التنموية أخذت بها دون أن يصحب الأخذ بهــا حــوارات فكرية أو اجتماعية كالتي صاحبت نشأة الخدمــة الاجتماعيــة وتطورهــا فــي المجتمعات الغربية فطرق الخدمة الاجتماعية ونظرياتها البريطانية والامريكيــة التي طغت علي مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية في البلدان النامية قد أعاقت مــن إمكانية تطوير نظريات وأدبيات ممارسة خاصة بهذه البلدان .

لقد توالت الدعوة في البلدان النامية علي ضــرورة الاهتمــام بالقــضايا والمشكلات المجتمعية بدلا من التركيز علي المــشكلات الفرديــة، وبــضرورة الاهتمام بقضايا الريف بدلا من إعطــاء كــل الإهتمــام للمــشكلات والقــضايا

الحضرية، والأخذ بالنموذج التنموي في الخدمة الاجتماعية بدلا من النموذج العلاجي ، وقد لعبت الامم المتحدة دورا كبيرا في ترسيخ هذه التوجهات مع ما انتظم هذه البلدان من منظمات مهنية للخدمة الاجتماعية اتخذت من المؤتمرات المحلية والإقليمية والدولية منابر للدعوة لتوطين تعليم الخدمة الاجتماعية وممارستها ، إلا أنه حتي الآن لم تنبثق عن هذه الجهود منطلقات نظرية جديدة في الخدمة الاجتماعية يمكن أن تعزي إلي تجارب البلدان النامية ، حيث لا تزال الأسس النظرية ضاربة بجذورها في المجتمعات الغربية ، حتي أن الدعوة إلي توطين الخدمة الاجتماعية في البلدان النامية ، كانت نابعة أصلا من أساتذة وخبراء من البلدان الغربية نفسها ، وقد جاراهم في هذه الدعوة الأساتذة والخبراء من أبناء البلدان النامية ، الذين لا يزالون حذرين في الأخذ بالنماذج الإصلاحية في الخدمة الجتماعية وخاصة النماذج المتطرفة منها كطريقة العمل الاجتماعي التي دعا لها بعض المتخصصين وطبقوها في ممارسة الخدمة الاجتماعية في امريكا ولاقت رواجا لها في امريكا اللاتينية ، وإن واجهت صعوبات في تضمينها في المناهج الدراسية أو تجارب الممارسة العملية ورغم ذلك فإنها تمثل نموذجا له صداه في أدبيات الخدمة الاجتماعية في البلدان الغربية ولا صدي لها يذكر في البلدان النامية ، لأن الظروف والنظم السياسية في معظمها لا تسمح بالأخذ بأساليب التحريض مثلا .

إن صيغ المناهج ونماذجها الامريكية قد طبقت في كثير من البلدان النامية (Rosenman ; 112-118) حيث أخذت مؤسسات تعليم الخدمة لاجتماعية بالمنهج التكاملي للطرق والمجالات سواء علي مستوي المعاهد المتوسطة أو العليا أو الكليات الجامعية ، بينما اختلفت تجارب البلدان فيما يتعلق بالدراسات العليا إما بالتخصص وفقا للطرق أو بالتخصص في المجالات أو بالتخصص في طريقة أو أكثر بالاضافة إلي مجال أو أكثر، بما يحقق قدرا من التكامل بين الطرق والمجالات حتي علي مستوي الدراسات العليا، وعلي الرغم من ثراء الدراسات العليا وبحوثها ، إلا أنها ظلت رياضة أكاديمية ذهنية لأعضاء هيئة التدريس وطلابهم ولم تؤثر في واقع الممارسة .

هذا وإن كانت هناك آراء تذهب إلي أنه لا ضرورة لتوطين الخدمة الاجتماعية إذا أرادت أن تحافظ علي مهنيتها ، فالطبيعة البشرية طبيعة واحدة سواء في البلدان الصناعية أو البلدان النامية ، فالخدمة الاجتماعية شأنها شأن المهن الأخري يجب أن تتجاوز الحدود الثقافية والجغرافية والزمانية في معارفها وقيمها ومبادئها ونظرياتها وأساليب ممارستها، ويصبح الاختلاف الوحيد للخدمة الاجتماعية من بلد إلي بلد هو مدي مرونتها في الاستجابة إلي احتياجات هذا البلد أو ذاك دون أن تصل هذه المرونة بالخدمة الاجتماعية إلي فقدان هويتها وقاعدتها المعرفية والمهنية الأساسية.

ولذلك يحذر بعض الدراسيين من الاندفاع غير المتروي نحو التوطين أو التأصيل، وخاصة إذا كانت هذه الدعوة نابعة من نعرات دينية وثقافية أو اقليمية متعصبة، فالخدمة الاجتماعية تتضمن قيما انسانية عالمية، يمكن تطبيقها في كل المجتمعات البشرية (Hardiman 1982:241-250) ولذلك يذهب بعض الدارسين إلي أن القصور في ممارسة الخدمة الاجتماعية في بلدان العالم الثالث لا يعزي إلي تعليم الخدمة الاجتماعية ، ولكن يعزي إلي النقص في الموارد والمواصلات والمعدات والأبنية وقلة الموظفين وأعباء العمل، حيث من المفترض أن يخدم الاخصائي الاجتماعي مناطق متسعة وفوق طاقة الاخصائيين الاجتماعيين، بالاضافة إلي ظروف أخري غير ملائمة لهم كانعدام الترقيات وعدم تقدير المهنة من قبل أطراف عدة لا تري جدوي من العمل الاجتماعي، وتعتبره مجرد نشاط فائض وثانوي وتطوعي علي الرغم من أن الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة قد اعترفت بالخدمة الاجتماعية كمهنة منذ سنة ١٩٥١م.

إن كثيرا من الدارسين يحاولون الرد علي هذه التحفظات، ويذهبون إلي أن الخدمة الاجتماعية مهنة ذات طبيعة خاصة، لأنها تتعامل مع النظم الاجتماعية والثقافية، وبما أن النظم والثقافات تختلف من بلد إلي بلد فإنه بالضرورة أن تختلف نماذج الخدمة الاجتماعية سواء في مستوي تعليمها أو مستوي ممارستها ، وحتي داخل البلد الواحد فإن نماذج الخدمة الاجتماعية لا يمكن أن تستقر علي نمط واحد ، وإنما تتغير أنماطها وفقا لتغير الظروف المحيطة بها .

لقد تواصل النقد للبرامج العلاجية وكنتيجة لنقد هذه البرامج التي كانت تقدمها بلدان العالم الثالث والامم المتحدة انبثقت الدعوة إلي تكامل طرق الخدمة الاجتماعية في البلدان النامية، ومن مفهوم التكامل انبثق المفهوم العريض للتنمية الاجتماعية ، وقد أوصي المؤتمر العالمي لوزراء الشئون الاجتماعية الذي عقد بمقر الامم المتحدة في سنة ١٩٦٩م بضرورة توطين مناهج الخدمة الاجتماعية وقد أوصي بتخفيف الاهتمام بالعلوم الأخري (Hardiman: 253-257) وعلي كل حال ، فليس القصد مما سبق الذهاب إلي أن إستجلاب النظريات والأفكار من بلدان أخري سيؤدي إلي نتائج سلبية في كل الأحوال ، ولكن القصد هو ان تجاهل الاختلاف بين البلدان سيؤدي إلي تجاهل قضايا هامة .

هذا ويمكن أن نوجز المعركة المحتدمة في اطار الخدمة الاجتماعية ، بأنها معركة بين نموذجين تعددت مسمياتها، نموذج يركز علي تنمية الطرق والمهارات والأساليب وفي هذا النموذج يبذل أساتذة الخدمة الاجتماعية جهودا مكثفة لتكامل الطرق كما بذلوا جهداً لتصنيف المهارات الضرورية الأساسية وتحديدها ، وبمعني آخر كما يقول Leighninger قد أعطوا أهمية لشمولية طرق الخدمة الاجتماعية أكثر من التركيز علي خدمة الفرد وحدها (leighninger,1980;7-8)

أما النموذج الثاني والذي يتضمن مدخل المطالبة بتوطين الخدمة الاجتماعية أو تأصيلها في البلدان النامية، فإنه يركز علي تطوير الإطار المعرفي للخدمة الاجتماعية، ولذلك يهتم بنظريات الأنساق الكبيري والصغري وتحليلها وتفسيرها والعوامل المؤدية إلي تغييرها وعلاقتها بعضها ببعض .

إن الدعوة إلي التوطين لم تتبلور حتي الآن في اتخاذ خطوات عملية لتنفيذها سواء بالنسبة لا بتكار صيغ جديدة لاعداد الاخصائيين الاجتماعيين سواء علي المستوي النظري أو العملئ أو الاستفادة من الأساليب التقليدية الممارسة في البلدان النامية لمساعدة الآخرين، أو تكوين إطار قيمي مختلف لمارسة الخدمة الاجتماعية ، أو تكوين قاعدة عملية متمشية مع أهداف دعاة التأصيل أو التوطين،

كما أنهم لم يبتكروا مهارات مختلفة تسهل الممارسة وإنما ركنـــوا فـــي معظـــم الأحوال إلي أكثر الأساليب تقليدية ومحافظة، كما أنه لم يحدث تطوير ذو بـــال بالنسبة لمجالات ممارسة خاصة بالبلدان النامية .

قائمة المراجع

أولاً: مراجع عربية :

١. عجوبة ، مختار ابراهيم ، تجسير الفجوة بين الممارسين والمنظرين ، مجلة كلية الآداب ، الرياض – جامعة الملك سعود ، ١٩٨٧م .

٢. غيث ، عاطف محمد ١٩٧٩م قاموس علم الاجتماع – القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٣. مختار.ع. المنظور الاسلامي للخدمة الاجتماعية ، مجلة الخدمة الاجتماعية : الكويت ، وزارة التربية والتعليم .

٤. ماجد ، ع ١٩٧٢ ، تاريخ الحضارة الاسلامية في القرن الوسطي ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٥. يونس ، ف ، ١٩٨١م ، الاتجاهات الجديدة في الخدمة الاجتماعية ، المجلة العربية للعلوم الانسانية ، ٤ (خريف : ٧٢-٧٤)

٦. ١٩٧٠ الخدمة الاجماعية والتغير الاجتماعي : القاهرة عالم الكتب

٧. ١٩٨٣م ، استراتيجية العمل الاجتماعي في الوطن العربي ، مجلة شئون عربية ٢٦ (ابريل) ١٩٨٣م تونس ، جامعة الدول العربية

-Anderson,M. 1978 Welfare,Stanford,Stanford University Press.

-Austin, 1983 "The Flexner Myth and the History of Social Work, Chicago: The University of Chicago.

-Barker R. 1987 The Social Dictionary, Mary Land, National Association of Social Workers.

-Bartlett,H. 1970 The Common Base of Social Work Practice, Washing ton, National Association of Social Workers.

1958 Toward Clarification and Improvement of Social Work Practice ,in, journal for Social Work, Vol. 3. No.2.

-Benton,W. 1975 The New Encyclopedia Britannica, London, Wilicarn Bouton, Vol. 19.

-Bisxno,H. 1980 "A Theoratical Framewok For Teaching Social Work Methods and Skills" pp. 9-14 in journal of Education for Social Work, No.5.

-Brieland, D. 1983 "Children's Rights"pp. 939-955,m,edit- Rosenblatt, and other, Handbook of Clinincal Social Work, Wa -shington Jessey Press.

-Brigham,T. 1982 Social Work Education Patterns in Five Developing Countries, Relavances of U.s. Micro Systens Model, in Journal of Education for Social Work, Vol.15,

No. 2.

- Clarke,J. 1979 "Critical Sociology and Radical Social Work" pp. 126-136. in Social Welfare and The State, ed. Noel

Parry etal, London" Edward Arnold.

- Compton,B. 1983 "The Traditional Fieldsof Practice",in,edit, Rosenbialt Dinitto, Diana M. and Others Social Welfare Politics. New Jersey: Prentice-Hall. 1983

- Encyclopedie of solical work (2002) 19th edition, NASW press.

-Feldstein, D. 1978 "Do we need Professionalism in our Society" pp. 35-44, indit Tripodi et al, Social Workers at Work, LuionoiS, ITASCA.

-Federico,R. 1973 The Social Welfare Institutions, Toronto,D.C. Heath and Company.

-Fink. A. . d Winston. 1980 The Field of Social Work, New York, 7th e

-Friedman, K. 1981 Legitination of Social Right, and the Western Welfare State. North Carolina, Northcorolinad Press.

-Forder, A. 1974 Concepts of Social Admmistration, London: Rouledge and Kegan Paul.

- Gordon, W. 1983 "Development of Areas of Specialization" PP975 982 in edit. Rosenblatt.

-Greenwood. E. 1978 attriputes of A Profession, pp. 6-19. in, Tripodi. Social Workers at Work.

-Gummer, B. 1983 'Consunmerism and Clients Rights" pp. 920- 938,in edit. Rosenblatt.

-Hardiman, M. and Others. 1982 The Social Dimensoins of Development ,London, John Wiley.

-Higgins, I. 1981 States of Welfare, Oxford: Basil Blackwell and Martin Robertson.

-Jones, C. 1979 "Social Work Education 1900-1977"pp.73-84,in,Socal, Work, Welfare and the State..

King, A.

The Political Consequences of the Welfare State, pp.7-43, In,

E.Spiro, ed.Evaluating the Welfare State, Academic Press.

-Leigh-ninger,R. 1980 "The Generalist-Specialist Debate In Soial Work, Chicago, Social Services Review. Vol. 54. No. 1.

- 1977 'Systems Theory and Social Work" Journal of Education For Social Work, Vol. 13.No. 3.

-Lemmon, J 1983 "Legal Issues and the Ethical Codes" in edit-Rosenblatt, et al.

-Levy,C. 1983 "Client Self-Determination",et-al Rosenblatt.

-Lloyed, 0. 1983 "Values and Dilemas in Professional Education" in, ROsen blatt et al. Lowenberg,F. 1977 Fundamentals of Social Intervention, New York, Columbia University Press.

-Madison,B. 1974 "The Welfare State, some Unanswered Quetions For The 1970's" Welfare pp. 158-178, In,P.E. Weinberger(ed) prospective on Social Work: New York: Macmillan.

- Martin, davies (editor) 2002 Compaion to soail work, London, Blaekwelle

-Marsh,D.2nd edit. 1980 The Welfare State, London, Longman.

-Marshall.J. 1981 The Right to Welfare, London; Heinman.

-May,M. 1979 "Violence in The Family: A Historical Perspective" pp. 135-167, In,edit, Martin, Vio lence and Family. New York, John Wiley and Sons.

- Meyer, C. 1978

"The Effect of Social Work Professionlization on Man power , in, edit, Tripodi, et al, Social Workers at work, Illionois, ITACA.

- Mayer, corol ti, 1979 what directions for direct practice, Nasw. Nigel, parton (editor)

____

- 1996 social theory, soual change and social work, London, routledge.

-Meyer,C. 1976 Social Work Practice, New York: Free Press.

____

- 1979 What Directions For Direct Practice In Social Work, In, Social Work Jounal. 24.No.4.

Morales, M. 1981 'Social Work With Third World People" Journal of the National Association of Social Workers, 26. No.1.

-O'Higgins,M. 1983 Issues of Redistribution in State Welfare , in Social Policy and Social Welfare, edit, Martin Loney, England, Open University.

-Parry, N. and Parry,1978 "Social Work Professionalism and The State" in Socail Work, Welfare and The State edit.. London:Edward Ernold.

-Popple, P 1983 "The Context of Practice" edit. Rosenblatt.

-Payne, M 1991 Modern Social Work Theory, Londan, M

Kogers,B. 1979 The Study of Social Policy, London: George Allen and Un Win.

- Rosenblatt,A. and Waldfogel, D. edit. 1983 Handbook of Clinical Social Work, Washington, Jessey Press.

-Rosenman, L. 1980 Social Work Education in Australia, The Impact of the American Model, in, Journal of Education For Social Work, Vol. 16, No. 7. U.S.A. Counicil for Social Work Education.

-Schwartz, E. 1977 "Macro Social Work: "A Practice of Some Theory" in, So cial Services Review, University of Chicago.

-Shalev,M. 1983 Class Politics and The Western State, pp.27-47,In,E. Spiro,(ed).

-Shapiro, J. 1983 Commitment to Clients' edit. Rosenblatt. pp. 888-901,In,Ed. Rosenblatt.

Sills,L.David, ed:

____

- 1968 International Encyclopedia of The Social Sciences, Vol. 16. pp. 512-521. The MacMillan Company and Free Press.

-Siporin, M. 1978 "Practice Theory and Vested Interest" in,pp. 4 18-430, In, Social Services Review,, Chicago, Vol. 52. No, 3.

-Spiro, E. Edit. 1983 Evaluating of the Welfare State London: Academic Press. Strumpel, B.

____

- 1983 "Social Policy Evaluation and Psychology of Stagnation" pp.75-78,In,E.Spiro (ed) Evaluating the Welfare State, London: Academic Press.

-Tripido and Others,edit, 2nd, edit. 1978 Social Workers at work, Illionois ITASCA.

-Townsend 1983 Theory of Poverty and the Role of Social Policy. In,edit:

Loney "Social Policy and Social Work, tneatment

Turner, francis, 1986 soual work oxford, the free press .

Unworth,C. "The Balance of Medicine, Law and Social Work. In,

- 1979 Mental Health and Legislation, in Social Work, fare and The State: Ibid.

- U.N 1988 Economic and Social Implications of Population Aging, New York, 1988.

-Water,L.and Rein,M.

1983 "The Growing Complexity of Economic Claims in Welfare Societies,pp. 111-149, in Spiro(ed) Evaluating the Welfare State, London, A Cademic Press.

'Walker, A.

1983 Social Policy, Social Administration and The Social Condition of Welfare, in, edit Martin Loney.

-Weale, A.

1983 Issues of Values and Principle in Social Policy,In,edit,-

Martin Loney et al Open University Press England.

-Wilansky, H. and Leabeaux, N.

1974 Conceptions of Social Welfare ,pp. 23-24.in,p. Weinberer.

-Zastrow. C.

1981 The Practice of Social Work, Ulionois, The Dorey Press.

-Zastrow, Charles1993 Social Work with Groups, Chicago, Nelson press

بسم الله الرحمن الرحيم

الجزء الثاني

أخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية

محتويات الجزء الثاني

مقدمة

لا أود فى هذا التقديم أن أتعرض لكل ما ورد فى هذا الكتاب من المحتويات ، ولكنه يمثل محاولة جادة قد تكون الأولى فى الكتابة عن أخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية . ومن ثم كان لابد من التعرض إلى الجذور التاريخية التى أدت إلى الإهتمام بمهنية الخدمة الاجتماعية وأثرت فى تطورها كإحدى مهن المساعدة الإنسانية الأكثر إنتشاراً فى عالمنا المعاصر وخاصة فى البلدان الغربية على وجه العموم وفى الولايات المتحدة الامريكية على وجه الخصوص ، حيث تمثل الخدمة الاجتماعية واحدة من أهم ثلاث مهن تأتى فى الصدارة من حيث الأهمية والجدوى فى مناقشة قضايا المجتمعات المعاصرة ومعالجتها ، وبما أن هذه القضايا قضايا شائكة ومعقدة وبالغة الخصوصية فإن العمل فى مجالاتها يتطلب قدراً كبيراً من الإنضباط فى تعريفاتها ووضع الحلول لها من قبل الإخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون فى مجال رعاية المعاقين والمرضى بأمراض قد تكون موصومة من قبل المجتمع كمرض نقص المناعة المكتسب وقضايا صحية أخرى ومواقف مجتمعية تتطلب تدخلاً مهنياً جريئاً من قبل الخدمة الاجتماعية كالعنف الأسرى ضد الأطفال والنساء على حد سواء .

والكتاب بهذا المنحى يعتبر دليلاً مرشداً للاخصائيين الاجتماعيين من جهة ولعامة الناس فى كيفية التغلب على هذا المآزق والمشكلات، من جهة اخرى فقد يتطلب الأمر ألا يمارس الخدمة الاجتماعية إلا شخص مؤهل ومرخص له بمزاولتها وفقاً لضوابط وقيم ومبادئ وأخلاقيات ومواثيق معترف بها.

الفصل الأول

الجذور التاريخية لمفهوم المهنية في الخدمة الاجتماعية

مقدمة:

يبدو أننا – في الوطن العربي– قد أخذنا مفهوم المهنية في الخدمة الاجتماعية كمسلمة من المسلمات العلمية المستوردة دون أن نخضعها للبحث في واقعنا العربي للتعرف عما إذا كان مفهوم المهنية مفهوماً ينطبق على ممارسة الخدمة الاجتماعية وتعليمها. إن من ينظر إلى نظم الرعاية الاجتماعية ولوائحها وقوانينها وبرامجها ونظم تعليم الخدمة الاجتماعية ومستوياته يتضح له منذ الوهلة الأولى مدى عمق وحجم التجارب التي نُقلت نقلاً حرفياً عن البلدان الغربية، مهما حاولنا تغليف تلك التجارب بالأصالة أو على أساس أنها نابعة من التراث . إن هذه التجارب في نهاية المطاف ضاربة بجذورها في تاريخ المجتمعات الأوروبية والمجتمع الأمريكي، فقد جاءت برامج الرعاية الاجتماعية وتعليم الخدمة الاجتماعية تتويجاً لنضال خاضته الشعوب الأوروبية من أجل الوصول إلى دولة الرعاية الاجتماعية، بينما نجد أن برامج الرعاية الاجتماعية تتفاوت بين محورين في عالمنا العربي: إما أنها نتيجة نضال مرير لقطاعات محرومة من الشعوب العربية في كل بلد من البلدان في بعض التجارب، وإما أنها جاءت مكرمة من قبل الحكام وخاصة في بلدان الوفرة الاقتصادية. فالرعاية الاجتماعية في أوروبا وأمريكا هي حق مكتسب للفئات والطبقات المحرومة بينما يتفاوت وضعها في الوطن العربي بين كونها مكتسبة وكونهاى مكرمة وتفضل من قبل الحاكم . وفي كلتا الحالتين نجد ظل التجارب الأوروبية والأمريكية المنقولة يمتد ليشمل تجارب الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية منذ نشأتها في الوطن العربي بعد الحرب العالمية الأولى .

لقد ارتبط تطور الخدمة الاجتماعية بتطور الرعاية ، فالرعاية الاجتماعية هي المجال أو الأم التي تربت في أحضانها ممارسات الخدمة الاجتماعية ولذلك فقد توجد رعاية اجتماعية بلا خدمة اجتماعية، ولكن من المؤكد أنه لا تجود خدمة اجتماعية بلا رعاية اجتماعية ، فوجود الرعاية الاجتماعية سابق لوجود الخدمة الاجتماعية في كل التجارب العالمية .

تيسيراً للبحث سيتم تناول هذا الفصل وفقاً لعدد من المحاور التي تطورت من خلالها الخدمة الاجتماعية، وتتمثل هذه المحاور في :

١. الجذور الدينية للخدمة الاجتماعية .
٢. الجهود العلمية من أجل تطور الخدمة الاجتماعية .
٣. دور المرأة في تطوير الخدمة الاجتماعية.
٤. الجذور الأكاديمية والتعليمية للخدمة الاجتماعية.
٥. الجذور التوظيفية للخدمة الاجتماعية.
٦. الجذور التاريخية لعلاقة الخدمة بالمفهوم المهني وبغيرها من العلوم والمهن الأخرى.
٧. الجذور التنظيمية المهنية للخدمة الاجتماعية.

أولاً: الجذور الدينية لمفهوم الممارسة المهنية:

لقد تأثرت تجارب ممارسة الخدمة الاجتماعية الباكرة في الوطن العربي بما نقله المستعمرون من مفاهيم أوروبية للعمل التطوعي وتنظيم عمليات البر والإحسان. ولذلك كان معظم المبادرين إلى إقامة جمعيات تطوعية أو دور إيوائية للرعاية الاجتماعية على أسس تطوعية ، كان معظمهم إما من المستعمرين أنفسهم أو من المثقفين العرب الذين تأثروا بالتعليم الحديث أو من الذين تأثروا بنمط الحياة الأوربية من الموسرين في الوطن العربي سواء كانوا ينتمون إلى هذا الوطن أو ارتبطت مصالحهم به. وقد لعبت البعثات التبشيرية أو شبه التبشيرية المسيحية دوراً في المبادرة بإنشاء بعض برامج الرعاية الاجتماعية

الإيوائية ، ولذلك فإن الأثر الديني المسيحي كان واضحاً من البداية في هذه البرامج في بعض البلدان .

وقد كان على الدارسين في الخدمة الاجتماعية أن يحددوا بدقة في ضوء التجارب التاريخية للمجتمعات الإسلامية ما هي الفئات المستحقة والمستفيدة بالفعل من خدمات الرعاية الاجتماعية؟ وما هي الظروف التي كانت تعيشها هذه الفئات في ضوء التركيبة الاجتماعية والسكانية؟ وما هي استحقاقاتها؟ وما هي شروط هذه الاستحقاقات ؟ وما مدى الاتفاق والاختلاف بين الممارسات الفعلية والتعاليم الدينية الإسلامية؟ ومن أين تستمد هذه الخدمات تمويلها؟ ومن هم القائمون عليها؟ وكيف كانوا يمارسون توزيع هذه الخدمات؟ وكل ذلك كان يجب أن يكون بدراسة تاريخ الأمة العربية قبل القرن التاسع عشر.

بالإضافة إلى ما سبق من تساؤلات والتي تناولها بعض الدارسين تناولاً طفيفاً، فإنه كان لابد من الاهتمام بالممارسات غير المبرمجة والأولية في مجال الخدمة الاجتماعية، وذلك بتحديد من كان يشرف على خدمات الرعاية الاجتماعية، وكيف كانت تنظم، ومن كان يوظف فيها، وكيف كان أداؤه ، وهل كان هؤلاء الموظفون يتلقون تدريباً نظرياً أو عملياً في مختلف العصور الإسلامية وقبل التأثر بالخدمة الاجتماعية الغربية، وهل كان أداؤهم لوظائفهم مرتبطاً بخلفية أخلاقية أو دينية تحكم سلوكهم وممارساتهم؟ وما هي حركات الإصلاح الاجتماعي التي قامت في الوطن العربي قبل القرن التاسع عشر الميلادي، وإلى أي مدى كانت هناك استجابة لهذه الحركات من قبل الدولة الحاكمة ، وما هي العوامل التي أدت إلى نجاح الجهود الإصلاحية أو إخفاقها – إن وجدت– وهل توجد هناك صلة تاريخية متصلة بين تجاربنا القديمة والتجارب الحديثة في مجالات الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية؟ وما هو الدور الذي لعبته الجامعات والمؤسسات التعليمية الإسلامية العريقة في تقديم برنامج الرعاية الاجتماعية وتعليم الخدمة الاجتماعية ، وهل تبلور أي نوع من العمل التطوعي لمساعدة المحرومين والمعوزين داخل هذه المؤسسات؟ وما إذا كانت نشأة برامج وتعليم الخدمة الاجتماعية في بلداننا العربية مستمدة من التراث الأوروبي

والأمريكي أكثر منه من التراث العربي الإسلامي؟ ولماذا لم يلعب رجال الـــدين الإسلامي في الوطن العربي في عصرنا هذا دوراً رئيساً فـــي تطـــور بـــرامج الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية كما هي الحال في البلدان الغربية؟ وإلى أي مدى انعكس الصراع بين المؤسسات الدينية والمؤسسات التعليمية العقلانيـــة على تطور الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية في وطننا العربي؟.

إن تاريخ الخدمة الاجتماعية الحديثة التي تأثر بها عالمنا العربي ، تاريخ قد بدأ في الخمسينات من القرن التاسع عشر في بريطانيا، حيث ارتبطت جهـــود الرعاية الاجتماعية وخدماتها وأنشطتها بتلقي الأجر من قبل عدد مـــن القـــائمين على هذه الأنشطة. فقد كان القساوسة بالإضافة إلى أداء وظـــائفهم الدينيـــة قـــد أوكلت لهم مسؤولية إدارة موظفي الرعايـــة الاجتماعيـــة وتعيينـــهم وتـــدريبهم. ومسؤولية الكنيسة في التدريب والتعليم هي التي أدت إلى توليها تقـــديم تعلـــيم الخدمة الاجتماعية ، خاصة وإن الكنيسة كانت تحاول أن تحافظ علـــى دورهـــا المتلاشي أمام الهجوم الموجه إلى تمسكها بالنظم التقليدية البالية فـــي نظرتهـــا للفقراء والمحرومين على أساس أنهم أناس عاثرو الحظ.

ففي بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية حاولت جمعيات تنظيم الإحسان –بقصد أو بدون قصد– أن تضعف تدريجياً من الدور الذي يقوم به رجال الدين المسيحي في حقل الرعاية الاجتماعية وفقاً لمفهوم البر والإحسان . ولتحقيق هذا الهدف فقد وسعت هذه الجمعيات من دائرة المشاركة المجتمعية بالاعتماد علـــى العمل التطوعي في شكل أعمال اللجان وإدارة جمع وتنظيم وتوزيع الـــصدقات والتبرعات وزيارة الحالات وتسجيلها ومتابعتها.

لقد كان هذا الجهد يقتضي مع الجهود التي يبذلها المتطوعون ان تتضافر جهود آخرين متفرغين لأداء أعمال تنظيمية معينة وتقديم خدمات مقابل أجـــر. ولكي تؤدي هذه الفئة وظائفها المستجدة ، فقد عمدت جمعيات تنظـــيم الاحـــسان بالتضافر مع الكنيسة إلى تدريبهم على العمـــل الاجتمـــاعي. كمـــا أن حركـــة الاصلاح من خارج الكنيسة ومن داخلها قد فرضت نفسها على الجامعات الدينية

في ذلك الوقت مثل جامعة اوكسفورد وجامعة كيمبردج ، فقد غيرت هذه الجامعات مناهجها وطرق الانتساب اليها والتدريس فيها حيث كانت هيئة التدريس- في الغالب- مكونة من رجال الدين.

وحركة الاصلاح في الجامعات أدت إلى قيام حركة المجلات الاجتماعية التي أسسها Canon Barnett في سنة ١٨٨٤ م ، حيث توصل بوصفه قساً وأستاذاً في جامعة اوكسفورد إلى ان البر والإحسان- وفقاً للمفهوم الكنسي ، المتمثل في قانون الفقر الذي يصم الفقراء بسوء الحظ- لايمكن أن يعالج قضية الفقر لأن المشكلة لاتكمن في سوء حظ الفقراء والمحرومين ولكنها تكمن في الفجوة الواسعة بين الطبقات الاجتماعية في المناطق الحضرية (عجوبة ، ، ١٩٨٨) .

ويرى Beveridge أن أنشطة جمعيات تنظيم الاحسان تعمق من الفوارق الخاطئة بين الأغنياء والفقراء ، ومعالجة قضية الفقر لايمكن ان تقتصر على تنظيم عمليات البر والإحسان ، ولايمكن أن يتم الاصلاح الاجتماعي إلا بتدخل الدولة من خلا مناهج أكثر شمولية تتمثل في إدارة المؤسسات الاجتماعية ، وليس من خلال منهج خدمات الفرد الذي تقدمه جمعية تنظيم الاحسان التي تعارض تدخل الدولة في تقديم خدمة الرعاية الاجتماعية.

هذا وقد دفعت الحروب العالمية والإقليمية والصراعات الايدولوجية بين النظامين الرأسمالي والاشتراكي، الدولة إلى التدخل وإقامة برامج رعاية اجتماعية خارج نطاق قانون الفقر في بريطانيا ، مما اتاح فرصة لمزيد من الاهتمام بالخدمة الاجتماعية وتوظيف المزيد من الاخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات التي تمولها الدولة.

الدور الجديد للخدمة الاجتماعية ساعد على وضع اطار تشريعي للعلاقة بين الخدمة الاجتماعية والدولة ، مما أضعف كثيراً من العلاقة التاريخية بين الخدمة الاجتماعية والكنيسة ، وتحولت مسؤوليات تدريب الاخصائيين الاجتماعيين من الكنسية إلى مؤسسات تعليمية عقلانية. كما ساعدت ظروف

الحرب على نمو الشعور الوطني وأذابت الفوارق بين الطبقات إلى حد ساعد على القضاء على قانون الفقر وخاصة بعد تقرير Beveridge في سنة ١٩٤٢م، والذي قدم تصوراً لرعاية اجتماعية تشمل جميع البريطانيين وتؤدي إلى محاربة أعداء الانسان العمالقة الخمسة وهي البطالة والمرض والجوع والجهل والتشرد.

وبإذابة قانون الفقر أصبحت أنشطة الخدمة الاجتماعية لاترتبط بحي بعينه كما بدأت الخدمة الاجتماعية في بريطانيا تبتعد تدريجياً عن خلفياتها الدينية وتتأثر بالاتجاهات المهنية في الخدمة الاجتماعية النفسية الامريكية بعد الحرب العالمية الاولى التي اثرت على السياسات في ميادين متعددة كالتعليم والأمراض العقلية والنفسية ومعالجة قضايا الاحداث الجانحين. وفي علم النفس التحليلي وجدت الخدمة الاجتماعية الأساس النظري والقاعدة المعرفية الشرعية لتطوير ممارسة خدمة الفرد التي بدأتها جمعيات تنظيم الاحسان.

أما في الوطن العربي ، فقد كانت برامج الرعاية الاجتماعية تتمثل في بعض الخدمات التطوعية التي قامت بها بعض التنظيمات الكنسية في البلدان العربية المستعمرة وكانت عبارة عن مؤسسات ايوائية أو خيرية كما بدأ المتعلمون العرب نشاطاً محدوداً مشابهاً لأنشطة حركة المجلات الاجتماعية وجمعيات تنظيم الاحسان في بعض البلدان العربية ، وبخاصة في كل من مصر وسوريا الكبرى. وفي هذه البلدان بدأت تتكون جماعات بصورة تلقائية تقدم عملاً طوعياً في مجال رعاية الفئات الخاصة كالأيتام والأحداث والمرضى بأمراض مزمنة ومعدية مما كان يقتضي عزلهم في ملاجئ خاصة تقدم لهم خدمات رعاية ايوائية وتأهيلاً وتدريباً لمواجهة الحياة أو لمجرد الحفظ أو الحماية لهم. ولقد عرفت مثل هذه الدور الايوائية الخيرية ما يعرف بمجالس الأمناء أو لجنة الأوصياء وهي مسميات عرفت من قبل في تاريخ تطور برامج الرعاية الاجتماعية في المجتمعات الاوروبية.

ثانياً : الجذور العلمية للخدمة الاجتماعية :

لقد حار الدارسون العرب في امر إيجاد منطلقات ايديلوجية أو نظرية علمية للخدمة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية على حد سواء في الوطن العربي. ففي سنوات ما قبل الاستقلال الوطني كان منطلقها إرادة فعل الخير من أجل مساعدة الآخرين ومساعدة الفئات الخاصة لمساعدة نفسها بنفسها. وفي الستينات أجمع كثير من الدارسين وخاصة في مصر على ان الخدمة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية تنطلق في عملها من منطلقات اشتراكية عربية أو علمية.

وفي أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات بدأ بعض الباحثين محاولات لإيجاد منطلقات اسلامية للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي ، على ان هذه المحاولات لم تتعد كونها مجرد دعاوى لمطابقة مبادئ الخدمة الاجتماعية أو مخالفتها للمبادئ الاسلامية دون ان تستند هذه الدعاوى إلى طرح فكري موثق تاريخياً .

أما بالنسبة للتجربة الاوروبية والأمريكية التي تأثرت بها التجارب العربية في محاولة ايجاد صيغة علمية تنطلق منها الخدمة الاجتماعية في الوطن العربي ، فإن دور جمعيات تنظيم الاحسان في اوروبا لم يكن دوراً سلبياً في كل الأحوال. ولذلك فانها حتماً قد مهدت لتطوير العقلانية في تعليم الخدمة الاجتماعية وفي ممارستها. وبهذه التجربة تأثرت البلدان العربية ، فمن خلال جهود جمعية تنظيم الاحسان في اوروبا والجمعيات الخيرية المتأثرة بها في الوطن العربي ، انبثقت الخدمة الاجتماعية لتكون وسيطاً بين المتصدقين والمتصدق عليهم في مجتمع اختلفت ظروفه وأصبح لايمكن ان يتعرف فيه المتصدق على المتصدق عليه بحكم علاقات السوق الرأسمالية الجديدة المعقدة (عجوبة، ١٩٨٨).

فالمجتمع الصناعي الحضري والنمو السكاني السريع والحراك السكاني قد نتج عنها كلها نوع من التمييز بين الطبقات الاجتماعية عضوياً ومعنوياً سواء في اوروبا أو في الوطن العربي. وقد أساءت قطاعات من الفقراء

والمعوزين إلى ما أتيح اليهم من فرص وأعمال البر والإحسان ، حيث كـانوا يحاولون الحصول علي المساعدات من مصدر واحد من مصادر البر والإحسان، ولذلك قامت المؤسسات الرسمية وغير الرسمية أكثر بتطوير ضـوابط جديـدة لدراسة الحالات المستحقة وتنفيذ الأحقيات ومتابعتها وفقا لتشريعات مستمدة مـن التراث الأوروبي التي تأثر بها فيما بعد الوطن العربي. وقد كانت هذه المؤسسات ترى أن منح المال ليس كافياً وحده ولابد للمجتمع من ان يأخذ مسـؤوليته فـي تنسيق قنوات التمويل وتوجيهها بطرق علمية تضمن وصول خـدمات الرعايـة الاجتماعية إلى مستحقيها وتسجيلها ومتابعتها. وقد قوت هـذه الخطـوات مـن الاتجاهات العقلانية في تقديم الرعاية الاجتماعية وفي الوقت نفسه أضعفت مـن السمة الإنسانية والدينية للخدمة الاجتماعية سواء في اوروبا في نهايـة القـرن التاسع عشر أو في البلدان العربية في النصف الثاني من القرن العشرين. ومـن خلال تطور مفاهيم العون الذاتي والتعاونيات لعبت الاتحادات والنقابات العماليـة دوراً اساسياً في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية.

وبذلك فقد انتقلت نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية من قاعدة قائمة على الأخلاق ومستقاة من أعمال البر والإحسان إلى قاعدة عقلانية قائمة على التجربة العلمية ومستقاة من قاعدة مهنية كانت سبباً في التعجيل بالتقليـل مـن أهمية المؤسسات الخيرية وإحلال الدولة محلها في حقول الرعايـة الاجتماعيـة وتعليم الخدمة الاجتماعية. وقد توجت هذه الاتجاهات العلمية بما قامت به حركة المجلات الاجتماعية في بريطانيا من جهود في مجال التدريب والتعليم للفقـراء، فقد كانت فكرة Barnett أن الجامعات لابد من ان تتقاسم ثراءها الثقـافي مـع الفقراء بتعليمهم وتدريبهم من خلال إسكان أعضاء هيئـة التـدريس والطـلاب والخريجين في مناطق الفقراء وأحيائهم وتعليمهم وصـداقتهم وتنظـيم فـصول إرشادية لهم ومشاركتهم في الأنشطة الثقافيـة ذات الـصلة ببـرامج الرعايـة الاجتماعية ، ولقد كانت حركة المجلات الاجتماعية تهدف بذلك إلـى إشـاعة المعرفة وتمليكها لكل الطبقات بدلاً من قصرها على الطبقات العليا. فقد حاولت أيديولوجية الديمقراطية الاجتماعية منذ نشأتها السيطرة على الآثار السالبة لحرية

الاقتصاد ، بالدعوة إلى التعليم الإلزامي المجاني والرعاية الصحية وتوفير فرص العمل والرعاية الشاملة من المهد إلى اللحد.

وفي مصر قامت حركة مشابهة لحركة المحلات الاجتماعية ومتأثرة قادها بعض الخيرين بها في الثلاثينات لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين في الخدمة الاجتماعية ، كما أنشأوا الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية التي قامت بتجارب كثيرة لتطبيق الخدمة الاجتماعية في بعض الأحياء الفقيرة في القاهرة ، وقد تفاوتت تجارب الدول العربية في هذا الصدد ، ولكن في كثير من البلدان نشأ ما يشبه الجماعات الخيرية الطليعية لإرتياد مجالات جديدة في حقل الرعاية الاجتماعية كمبادرات معهد القرش في كل من السودان ومصر والسعودية في الثلاثينات من القرن العشرين الميلادي. ومن الملاحظ أن تنظيماتهم كانت قائمة علي جهود سلمية ذات طابع فردي ولم تدخل في صراعات مع السلطات الحكومية سواء في عهد الاستعمار أو في عهد الوطني، ومثلما أتيحت فرصة لمشاركة النساء في بريطانيا وأمريكا في حقل الرعاية الاجتماعية، فقد كانت الفرصة متاحة لمشاركتهن في هذا الحقل منذ البداية في الوطن العربي .

ثالثاً: دور المرأة في تطور مفهوم المهنة في الخدمة الاجتماعية :

في منتصف السبعينات وأوائل الثمانينات كان هناك اتجاه في بلدان العالم وفي كثير من البلدان العربية بأن توكل إدارة وزارة الرعاية إلي المرأة ، بحيث تشغل امرأة منصب وزير الشؤون الاجتماعية في البلدان التي توجد فيها مثل هذه الوزارة ، وقد كان هذا الاتجاه في الأساس نابعا من اقتران الرعاية الاجتماعية وبالتالي الخدمة الاجتماعية بدور المرأة في المجتمعات الصناعية المتقدمة وفي الدول النامية على حد سواء، ويرجع ذلك الأساس إلي التطورات التاريخية التي صاحبت دور المرأة في تطوير الخدمة الاجتماعية وتقديم برامج الرعاية الاجتماعية . فالخدمة الاجتماعية كما يري بعض الدارسين من المهن القليلة ذات الطبيعة الأنثوية.

ففي القرن التاسع عشر كانت النساء معزولات عن السوق وعن المهن في المجتمعات الاوربية وفي أمريكا، وكان الرجال هم النشطون في هذه السوق، وكان دور المرأة مقصورا علي الشؤون المنزلية والدينية في معظم الأحوال. وقد أتاح قانون الفقر مجالا واسعا لتوظيف المرأة إما مقابل أجر أو كمتطوعات، كما أن حركة الإصلاح الديني والإجتماعي قد أدت إلي فتح أبواب الجامعات والكليات للنساء، ففي سنة ١٨٨٤م فتحت جامعة أكسفورد أبوابها للنساء وقد قدمت لهن فكرة المحلات الاجتماعية مجالا للممارسة، ومثلما كان التعليم قائما علي الفصل بين الجنسين، فقد تم الفصل بين أنشطة الطلاب والطلبة في المحلات الاجتماعية..

وقد وجدت الطالبات مجالا لممارسة مجتمعية من خلال الخدمة الاجتماعية بينما كان يضيق عليهن الخناق في ممارسة المهن الأخرى ، ومن هنا انبثق الأرتباط المهني بين المرأة وبين الخدمة الاجتماعية ، فقد اتاحت الجمعيات الخيرية دورا في تدريب النساء وتوظيفهن في العمل الاجتماعي سواء في أوربا أو في الوطن العربي فيما بعد ، ومن هنا بدأ التعاون الوثيق بين النساء وبين الجمعيات الخيرية لتأسيس حلقات تدريب في الخدمة الاجتماعية منذ نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين الميلادي ، وقد اعطي هذا الموقف الخدمة الاجتماعية وزنا بين النساء وقلل من قيمتها المهنية بين الرجال .

لقد كان التعيين في وظائف الخدمة الاجتماعية مبنيا علي أسس طبقية ومقصورا علي توظيف سيدات الطبقات الوسطي والعليا ، وفي أمريكا كما في الوطن العربي جاءت كثير من المبادرات لإنشاء منظمات رعاية اجتماعية من قبل نخبة صفوية من السيدات ، وقد كان بعضهن من الموسرات أو من خريجات الكليات اللأتي يبحثن عن تأكيد الذات ، حيث لم تكن تتاح لهن فرصة مزاولة المهن الأصلية في المجتمع كالطب والقانون والوظائف الدينية وإدارة الأعمال ، وبذلك أتاحت مؤسسات الرعاية الاجتماعية فرصة لخريجات الكليات العليا لكي ينشئن تخصصا في مجال كان معظم قادته من النساء أيضا ، لقد كانت سيدات الطبقة الوسطي يشغلن دورا هامشيا في عالم مهني يسيطر عليه الرجال في

الغرب ، وقد كان الحصول علي مؤهل مهني في الخدمة الاجتماعية يمثل بالنسبة إليهن وثيقة ثقة في النفس ترمز لحقهن في الحصول علي أجر مقابل ما يؤدينــه من عمل مهني .

أما بالنسبة للرجال ، فإن العمل الإجتماعي كان لا يعني سوي أنه نشاط في مرحلة عمرية معينة غالبا ما تكون في الشباب المبكر أو بعد التقاعد ، ولكنه لا يشكل مهنة مغرية للرجال بأي حال من الأحوال، فقد كان من المفتــرض أن يستمد الرجل هويته ومكانته في إطار المهن الأصلية الأخرى، والرجال الــذين عملوا في حقل الرعاية الاجتماعية كانوا من خلفية اجتماعية محترمــة، ولكــنهم كانوا يتولون الوظائف الإدارية والتنظيمية في تقديم الخدمات الاجتماعيــة، أمــا الأعضاء المؤسسون لهذه الجمعيات ومنها الجمعيات الخيرية، فقد كان معظمهــم من رجال الطبقة الوسطي والطبقة العليا وقد كانوا من أرباحب المعاشات ومــن رجال الأعمال والمهن الأخرى كالطب والقانون، وكانوا يزاولون نشاطهم مجانا في الحقل الإجتماعي، كما كان بينهم كثير من الأخصائيات الاجتماعيــات مــن الطبقات الموسرة واللائي يمكن أن يخصصن وقتهن ومواردهن لخدمة الآخرين، كما كان معظم الملتحقات بمدارس الخدمة الاجتماعية، سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو في بريطانيا، من هذه الفئة من النساء، أما في الوطن العربي فقــد بدأ تعليم الخدمة الاجتماعية بداية متواضعة وخارج نطاق الجامعات كمــا كــان شأنها في بريطانيا وأمريكا خلال القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين .

من خلال نشاط المرأة في مجالات الخدمات الاجتماعية تطور تــدريب الخدمة الاجتماعية واتخذت مكانتها كمهنة في صعوبة بين المهن بالأخرى ، وقد تزامن هذا مع قيام أقسام للدراسات الاجتماعية في الجامعات الناشئة في بريطانيا وفي الحلقات الدراسية التي كانت تنظمها جمعيات تنظيم الإحــسان أو مــدارس الأعمال الخيرية في أمريكا، وفي بريطانيا بدأت جمعيات تنظيم الإحسان ١٨٩٥م في تعيين أخصائيات اجتماعيات في المستشفيات الخيرية بهدف إجــراء دراســة حالة المرضي للتعرف علي ما إذا كانوا يستحقون الخدمات الصحية التي تقدم وقد كان معظمهن من العوانس المتفرغات والمتفانيات في أداء العمل الإجتمــاعي ،

ومن خلال عملهن في المجال الصحي تطورت طريقة خدمة الفرد ، ولعل أولئك الأخصائيات كن أول من كون جمعية مهنية في حقل الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٠٧م حيث كان يطلق عليهن الزائرات أو موزعات الصدقات .

لقد أسهمت الحروب في ترسيخ دور المرأة في الخدمة الاجتماعية ، فقد أحدثت الحروب سواء كانت عالمية أو اقليمية ، خللا كبيرا في الحياة الأسرية وذلك نتيجة لما يصاحب هذه الحروب عادة من برامج الإخلاء أو التوطين الإجباري للسكان في المدن والأحياء أو المناطق الريفية ، وقد إهتمت السلطات الرسمية بمشكلات الاحداث الجانحين والجنود المصابين وتبنت مشروعات إيوائية وتأهيلية ، كما كانت هناك حاجة إلي المزيد من خدمات حضانة الأطفال نتيجة للتوظيف المتزايد للنساء لدعم المجهودات الحربية مما أعطي فرصة لتوظيف النساء لإدارة الخدمة الاجتماعية علي أسس مهنية معترف بها. ومن هنا نبع حرص الأخصائيات الاجتماعيات علي المطالبة بالمزيد من التركيز علي التخصص المهني في الخدمة الاجتماعية بينما كانت مطالب الرجال مركزة علي تحسين المرتبات وشروط الخدمة. وعلي مستوي العالم أثرت حركة تحرير المرأة وقامت بدور كبير في تطور مهنة الخدمة الاجتماعية منذ بداية القرن العشرين الميلادي وخاصة فيما يتعلق بتطوير الخدمات الأسرية ورعاية الطفولة .

وفي عالمنا العربي تأثرت الخدمة الاجتماعية بنشاط المرأة وإسهامها منذ البداية فكثير من المعاهد وخاصة المعاهد المتوسطة كانت مخصصة للطالبات فقط، سواء كانت قد أنشأتها الدولة أو بمبادرة من القطاع الخاص أو استجابة لمبادرات وتمويل وإشراف من الأمم المتحدة . وفي بعض الجامعات العربية كجامعة ام درمان الإسلامية ،كانت الطالبات هن وحدهن اللائي يتخصصن في الخدمة الاجتماعية بينما يتخصص الطلبة في علم الإجتماع ، وفي بلدان الخليج العربي وفي السودان ولبنان والأردن ربما كانت الخدمة الاجتماعية واحدة من أهم القنوات لتوظيف خريجات الجامعات ،سواء كن متخصصات أو غير متخصصات في الخدمة الاجتماعية ، ويضاف إلي ذلك الجهود الخيرية التي تقوم بها سيدات المجتمع العربي من الطبقات العليا في هذا المجتمع ، سواء كن ينتمين

إلي فئة الأمراء أو الشيوخ أو الملوك أو رؤساء الدول أو الموسرين في المجتمع وقد عرفت بعض المجتمعات دورا متفاوتا للتنظيمات السياسية النسائية العربية.

وفي الجامعات العربية علي وجه العموم يلاحظ الإقبال المتزايد للطالبات علي دراسة الخدمة الاجتماعية وخاصة في أقسام الدراسات الاجتماعية التي تضم شعبتين للخدمة وللاجتماع ، وقد أدي هذا في جامعة الملك سعود مثلا الي اختلال التوازن بين الشعبتين ، مما أضطر هيئة التدريس في قسم الطالبات إلي الاستعانة ببعض موظفات الدولة لتوضيح فرص التوظيف المتساوية بين خريجات الإجتماع وخريجات الخدمة الاجتماعية في حقل الرعاية الاجتماعية ، اما في مجالات مشاركة المرأة العربية ، فمثلما أسهمت الحروب في أوربا في تأكيد دور المرأة في الخدمة الاجتماعية فإن الحروب العربية الإسرائيلية وغيرها من الكوارث والحروب قد أكدت علي هذا الدور (عجوبة ، ١٩٨٨،) .

رابعا : الجذور الأكاديمية لمفهوم المهنية في الخدمة الاجتماعية :

إن استخدام النهج العلمي والمهني رسخ من ضرورة تدريب المتطوعين ومن يتلقون أجرا من العاملين في حقل الرعاية الاجتماعية ، والنمط الحديث للتدريب يجمع بين التدريب الميداني والدراسات الأكاديمية . وقد بدأ التعاون بين ضباط المراكز في جمعيات تنظيم الإحسان وبين أقسام الدراسات الاجتماعية في الجامعات المجاورة في بريطانيا . أما في أمريكا فقد دعت Mary Richmond مديرة جمعية تنظيم الإحسان في بلتيمور في سنة ١٨٩٧م في المؤتمر الوطني للأعمال الخيرية ، دعت إلي الإهتمام بالتدريب . وقد نفذت دعوتها في في سنة ١٨٩٨م في نيويورك حيث قام بتنفيذها Edward Device مدير جمعية الإحسان بنيويورك ، الذي نظم تدريبا صيفيا للأخصائيين الاجتماعيين بالتعاون مع م . ريشموند .

أما في بريطانيا فقد أنشأت جمعية تنظيم الإحسان مدرسة علم الإجتماع بجامعة لندن بغرض تدريب الأخصائيين الاجتماعيين ، وافتتاح هذه المدرسة في سنة ١٩٠٣م يمثل البرنامج الرسمي الأول لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين

تدريبا يساعدهم علي علاج علل الطبقة العاملة ، لقد كان رأي جمعية تنظيم الإحسان قائما علي أن الدولة غير قادرة علي القيام بوظيفة أو إصلاح ظروف الطبقة العاملة الفقيرة ، وأن أي برنامج إغاثة شامل تقدمه الدولة ، سواء كان متعلقا بمعاشات المسنين أو الوجبات المدرسية المجانية أو تشغيل العاطلين ، لا تمثل إلا حلولا مؤقتة تساعدهم علي التحرر من مسؤولياتهم الأسرية والتطلع للدولة لإشباع إحتياجاتهم أكثر من الإتجاه نحو الإعتماد علي مصادرهم ومحاولاتهم الذاتية للمحافظة علي معيشتهم .

لقد كانت الخدمة الاجتماعية إلى الحرب العالمية الأولي موجهة إلي إعادة صياغة الطبقة العاملة وتنشئتها حتي يمكن الإعتماد عليها ليس وفقا لقيمها هي ، وإنما وفقا لقيم الطبقات الاجتماعية الوسطي والعليا في المجتمع ، ومثلما يحصل الطبيب علي طريقة أو مهنة متعلمة ويتم تسجيله ويمنح شهادة مهنية ، فإن مقدمي الخدمات شأنهم شأن الأطباء يمكن أن يطلق عليهم مصطلح الطبيب الإجتماعي أوالمهندس الإجتماعي أو الأخصائي الإجتماعي . ومثلما يعالج الطبيب علل المرضي ، فإن الأخصائي الإجتماعي يعالج علل المجتمع .

وفي أمريكا تم إنشاء مدرسة نيويورك للأعمال الخيرية في سنة ١٩١٢م وقد تلاها إنشاء مدارس الخدمة الاجتماعية في كثير من المدن الأمريكية، وقد استمر برنامج تدريب السنة الواحدة من سنة ١٩٠٤ -١٩١٢ م ، حيث أضيفت سنة ثانية للتدريب وخصصت السنة الاولي للمناهج العامة بينما خصصت السنة الثانية للتخصص .

لقد كان التدريس في مدارس الخدمة الاجتماعية يركز علي الجوانب النظرية والتدريب الميداني ، وقد أختلف ردود فعل تعليم الخدمة الاجتماعية فيما يجب التركيز عليه . وقد كان من رأي Richmond التركيز علي التدريب الميداني ، كما أنها كانت تعارض أن يصبح برنامج تعليم الخدمة الاجتماعية وحدة أكاديمية في جامعة كولومبيا خوفا من أن يؤدي ذلك إلي أن تكون النتيجة هي التركيز علي التقاليد الأكاديمية المتشددة في وضع المناهج الدراسية .

أما في إنجلترا فقد أنشئت شعبة الإدارة الاجتماعية بمدرسة لندن للعلـوم الاجتماعية لتقديم تدريب في الخدمة الاجتماعية ، ولقد كان إصرار الأخصائيين علي التعليم الجامعي والمطالبة بمنحهم شهادات جامعية نابعا من رغبـتهم فـي الحصول علي مشروعية مجتمعية للنشاط الذي يقومون به وذلك حتـي لا تقـوم ممارسة الخدمة الاجتماعية علي حسن النية ، خاصة وأن هناك مـن يـرون ان ممارسة الخدمة الاجتماعية لا تقوم علي أسس قاعدة نظريـة معرفيـة: ويـري Flexner أن الخبرة القائمة علي غير قاعدة معرفية نظرية راسخة لا يمكـن أن تكون أساساً لمهنة ، فالطب مثلا لا يعطي وزنا للممارسة في حد ذاتها كقاعـدة معرفية نظرية ولكن قاعدته المعرفية قاعدة علمية تتمثل فـي علـوم الكيميـاء والفيزياء والأحياء .

للحصول علي الاعتراف المهني حرص الأخصائيون الإجتماعيون علي الإبقاء علي الخدمة الاجتماعية في الجامعات، وقد قدمت قبل الحـرب العالميـة الثانية برامج تعليم الخدمة الاجتماعية في أحضان الكليات والجامعات، ولكن في معظم الأحوال كانت تنشأ هذه البرامج بصورة غير رسمية إلي حد بعيد، ولـذلك كان موضوع الاعتراف الأكاديمي مسألة يدور حولها الاختلاف، وقد نشأت معظم مدارس الخدمة الاجتماعية وبرامجها في الولايات المتحدة الامريكيـة وبعـض البلدان كاستجابة لضغوط المحتمات المحلية والممولين للمؤسسات الأكاديمية ولم تنشأ بمبادرة من القيادات الأكاديمية.

لتوحيد مهنة الخدمة الاجتماعية كان لا بد من توحيـد التـدريب ، وقـد أوصي مؤتمر Milford في سنة ١٩٢٩م بإتخاذ المنهج التكاملي لطريقة الخدمة الاجتماعية ، وفي بريطانيا أخذ لأول مرة بمبدأ التدريب التكاملي لطرق الخدمـة الإحتماعية في سنة ١٩٥٤ م في مدرسة لندن للعلوم الاقتصادية وقد نادي خريجو هذا البرنامج الدراسي إلي نبذ التخصص الدقيق في الخدمة العامة الاجتماعيـة ، ولكن المناهج التكاملية في الخدمة الاجتماعية التي تقدمها الجامعات لم تكن كافية لتلبية ضغوط الطلب المتزايدة للتوظيف .

وكإستجابة لتقرير E .Younghusband في سنة ١٩٥٨م فقد تم قيــام نوع جديد من تدريب الخدمة الاجتماعية وتعليمها خارج الجامعات ، وهو النظام المتمثل في دراسات نظرية وميدانية مدتها سنتان والذي أصبحت تقدمه الكليــات التقنية أو كليات التعليم المستمر في بريطانيا ، وقد أنشئ مجلس تعلــيم الخدمــة الاجتماعية في بريطانيا في سنة ١٩٦٢ م ليمنح شهادة في الخدمة الاجتماعية لمن أكملوا دراسة السنتين ، كما كان موظفو الحكومات المحلية غير المدربين يتلقون نوعا من التدريب تمنح بعده شهادة عامة تكاملية في الخدمة الاجتماعية . ومثــل هذا النموذج طبق في السودان خلال معهد الدراسات الإضافية بجامعة الخرطوم حيث قام الخبراء البريطانيون بدور رئيس في تأسيس تعليم الخدمة الاجتماعية.

إن تجارب الدول العربية لا تختلف كثيرا في جوهرها عن التجارب التي مر بها تعليم الخدمة الاجتماعية في أمريكا أو بريطانيا . فعلي سبيل المثال نجــد أن البلدان العربية التي قامت فيها مؤسسات تعليمية للخدمة الاجتماعية ، فإنها لا تزال تواجه قضايا مختلف عليها عالميا ، ومن تلك القضايا مــا هــو المــستوي المناسب لتعليم الخدمة الاجتماعية ؟ ففي بعض البلدان كجمهورية مصر العربية ، يقوم تعليم الخدمة الاجتماعية علي مستوي المعاهد المتوسطة والمعاهــد العليــا والمستوي الجامعي وفوق الجامعي . أما في المملكة العربية السعودية والكويــت والإمارات وقطر وليبيا والسودان فتوجد أقسام للخدمة الاجتماعية علي المستوي الجامعي وفوق الجامعي ومستوي المعاهد العليا ، وفي تونس والعــراق ولبنــان توجد علي مستوي المعاهد العليا ، وفي الأردن علي مستوي المعاهد المتوســطة وفي بلدان أخري كاليمن الشمالي تقوم بتدريب الأخصائيين الاجتمــاعيين وزارة الشؤون الاجتماعية ، ومن القضايا المختلف عليها أيضا قضية التدريب الميداني ، ففي بعض البلدان يعطي أهمية تصل إلي ٤٠% من المقررات بينما في بلــدان أخري لا تتجاوز أهميته ٣ % من حجم المقررات الدراسية .

هناك أيضا قضية أخري وهي العلاقة بين الخدمة الاجتماعيــة وبقيــة العلوم، وفي هذا الصدد فإن هناك من يري أن الخدمة الاجتماعية لا بد أن تظــل بعيدة عن الجامعات حتي لا تفقد مرونتها ، ولذلك أبقيت كجزء مــن معاهــد أو

كليات التعليم المستمر كما هي الحال في جامعة الخرطوم ، كما أن هناك من يري أنها يمكن أن تكون جزءا من الجامعات التقنية كما هي الحال في جامعة حلوان بمصر ، وهناك من يري انها لابد أن تنسب الي العلوم التربوية والنفسية فألحقت بكلية التربية ، وهناك من يراها جزءا من العلوم الأدبية فألحقت بكلية الآداب كما هي الحال في جامعة الملك سعود ، وهناك من يري ان الخدمة الاجتماعية لصيقة بمهنة القانون كما هي الحال في تونس والجزائر والمغرب وسوريا ، وهناك بلدان أبقتها خارج نطاق الجامعات ونطاق التربية والتعليم فتركت مسؤولية تدريب الموظفين إلي الجهات التي يعملون بها وهى في الغالب وزارة الشؤون الاجتماعية التي تمثل الموظف الرئيس للأخصائيين الاجتماعيين في الوطن العربي ، وهناك من يري أن يتم تعليم الخدمة الاجتماعية في مؤسسات يمولها القطاع الخاص بعيدا عن الأجهزة الحكومية ، وسيطرتها ، كما هي الحال بالنسبة للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بشبرا بمصر(عجوبة ، ١٩٨٨) .

خامسا : الجذور التوظيفية لمهنة الخدمة الاجتماعية :

لقد واجهت مهنة الخدمة الاجتماعية كما جاء في تقرير المجلس الوطني البريطاني للخدمات الاجتماعية في سنة ١٩٦٣م تنوعا فوضويا في الوظائف التي تندرج تحت الخدمة الاجتماعية والطرق المستخدمة في العمل والتوظيف والتدريب وظروف الخدمة الاجتماعية. وقد أحدثت هذه الفوضى أثرا سلبيا علي التوظيف المستقبلي للأخصائيين الاجتماعيين. ومما زاد المسألة سوءا المرتبات المتدنية التي كانت تدفع لبعض الأخصائيين، ويعزي ذلك إلي غياب في أجهزة الخدمة المدنية خاصة بعد أن تم القضاء علي قانون الفقر وتحويل موظفي مؤسساته الي السلطات المحلية والمركزية .

ولعل الحال في البلدان العربية لا يختلف عما كان عليه الحال في بريطانيا حيث لا توجد حتي الآن ضوابط مهنية للتوظيف في حقل الرعاية الاجتماعية، ومن ثم يمكن أن يلحق بها خريجو كل التخصصات الاجتماعية والأدبية، ولم تنجح حتي الآن المحاولات التي بذلت في مصر أو غيرها من البلدان العربية لوضع ضوابط مهنية تقصر وظائف الخدمة الاجتماعية علي

الأخصائيين الإجتماعيين المهنيين، فالتمييز بين الخدمة الاجتماعية وغيرها من المهن والتخصصات لا يزال غير واضح لدي كثير من الأجهزة الرسمية الحكومية والقطاعات الأهلية والمؤسسات التعليمية في الوطن العربي. (عجوبة، ١٩٨٨م).

سادسا : الجذور المهنية لعلاقة الخدمة الاجتماعية بغيرها من العلوم والمهن الأخري :

موضوع الإعتراف المهني أصبح أمرا ملحا ، فغالبا ما تقتضي مشكلات الأفراد والأسر أن يتعامل أو يتعاون الأخصائيون الإجتماعيون مع الأطباء والمحامين والقضاة الذين وجدوا في الأخصائيين الإجتماعيين متعاونين يتمتعون بقدر كبير من حسن النية ، بالرغم من هذا الموقف فإن الأطباء ورجال القانون لم يعاملوا الأخصائيين الإجتماعيين كمهنيين مساوين لهم . ويرجع ذلك الي أن الأخصائيين الإجتماعيين غالبا ما كانوا من النساء ، في المجتمعات الغربية ، اللائي يشك في مدي حرصهن علي تطور مهنة الخدمة الاجتماعية خاصة عندما يتزوجن وتشغلهن حياتهن الأسرية . كما أنه لم تكن لدي الخدمة الاجتماعية قوة ذاتية تمكنها من فرض وجودها علي المهن الأخري في بداية القرن العشرين في الدول الغربية وبعد الاستقلال الوطني في الدول العربية ، بل أنها كانت عرضة للهجوم في كثير من الأحيان (عجوبة ، ، ١٩٨٨)

ففي أمريكا – علي سبيل المثال – وفي سنة ١٩١٥م وفي المؤتمر السنوي للأعمال الخيرية قدم Flexner أحد الأطباء المشهورين في ذلك الوقت، محاضرة تساءل فيها عن مدي استيفاء الخدمة الاجتماعية لشروط المهنة ومتطلباتها. وقد كان من رأيه ان الخدمة.الاجتماعية تمثل نشاطا مفيدا يتضمن بعض السمات المهنية ولكنها لا تفي بكل المعايير المهنية ، فهي نشاط ذهني ولكنها مؤسسة وسيطة وليست أصلية ، كما أن مجالها ليس محددا ، ولذلك فإن مجال التوظيف فيها واسع بدرجة يستحيل معها تحديده كما أن الحصول علي معارفها صوري مفتعل ، وافتقارها إلي المقدرة العلمية هو الذي يوسع من مجالات ممارستها . ولذلك لا يمكن حصر مجال ممارستها والأخصائي

الإجتماعي ليس خبيرا بقدر ما هو وسيط مهمته استدعاء الخبراء ، فالخدمة الاجتماعية تتدخل فقط عندما تفشل المؤسسات والمهن الأخري في التوصل الي البعد الإجتماعي للمشكلة ، ومن ثم لا يمكن إعتبارها مهنة قائمة بذاتها ، لأنها تعالج قصور المهن الأخري وتكمل جهودها . وفي النهاية يخلص "Flexner" إلي أن الأخصائيين الإجتماعيين متهورون ومندفعون في إصرارهم ودعاويهم المهنية.

لقد كان لمحاضرة "Flexner" تأثير سحري يمثل تحديا حقيقيا للأخصائيين الإجتماعيين في الولايات المتحدة ، فقد أدهشتهم وحيرتهم هذه المحاضرة فواجهوها بصمت إلي أن دافعت " Mary Richmond " عن الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩١٧م في المؤتمر السنوي للأعمال الخيرية ، حيث أوضحت أن للخدمة الاجتماعية مهاراتها وقيمها وطرقها ومعارفها التي يمكن تطبيقها في واقع الممارسة المهنية ، ومن ثم فإنها ليست مؤسسة وسيطة ، وإنما هي مؤسسة أصلية ، بل وتتوافر فيها كل الضوابط المهنية التي تصورها " "Flexner والتي تتمثل في : (١) استناد المهنة إلي عمليات عقلية وليست يدوية، (٢) تقوم المهنة علي تقدير المسؤولية الفردية في ترسيخ قيمها، (٣) معارفها متعلمة ومكتسبة، (٤) للمعارف هدف علمي محدد، (٥) لها مؤسساتها التعليمية المعترف بها، (٦) أن تكون المهنة قادرة علي التطور الذاتي، (٧) أن يتمتع أعضاؤها بقدر كبير من الإلتزام والتفاني والغيرة المهنية، (٨) أن يكون لها تنظيماتها المهنية والعلمية ولها دوريات علمية منتظمة. (عجوبة، ١٩٨٨ م).

لقد كان الأخصائيون الإجتماعيون ينظرون إلي علوم كالإجتماع وعلم النفس والاقتصاد السياسي ليستمدوا منها بعض المفاهيم ، ولم يكن هناك علم واحد من بين العلوم يمكن للخدمة الاجتماعية أن تستمد منه وحده قاعدتها المعرفية في تعاملها مع الأفراد إلا أنها بالتدرج بدأت تستمد معظم معارفها من نظرية التحليل النفسي، وقد مثلت نظرية " فرويد " بعد محاضرته في جامعة " Clark " في سنة ١٩١٢م الإطار النظري لممارسة الخدمة الاجتماعية في أمريكا .

لقد أعطي علم النفس الفرويدي فرصة واسعة لتعميم نظريات العلاقات الأسرية علي كل المجتمعات البشرية وعلي مختلف الطبقات الاجتماعية لعلاج مشكلات الشخصية الأساسية بغض النظر عن الخصائص الاجتماعية المفتعلة كالطبقة والثقافة. فاللاوعي هو الذي يحرك الشخصية البشرية واللاوعي خارج عن معرفة العميل وإدراكه. وللوصول الي هذا اللاوعي فإنه لا بد من تطوير أداة مهنية قادرة علي سبر غور اللاشعور بصورة علمية وقد كانت الخدمة الاجتماعية النفسية هي أحد هذه التخصصات المهنية المرتجاة لسبر غور النفس البشرية .

تأثرت الخدمة الاجتماعية في بحوثها بعلم النفس التحليلي وركزت علي التجارب (الإكلينيكية) واستخدمت طرق التحليل الإحصائي المستمدة من علم النفس.

وقد أعطي استخدام المناهج (الأمبريقية) المشروعية لمدارس الخدمة الاجتماعية في إنشاء دراسات عليا . لكن المشكلة أن أبحاث الدراسات العليا في الخدمة الاجتماعية ظل الغرض منها ممارسة رياضة ذهنية أكاديمية لم تؤثر في واقع الممارسة المهنية أو في السياسات الاجتماعية . فالدراسات العليا أسهمت في الحصول علي الإعتراف الأكاديمي، وإن لم تسهم في تطوير المهنة ، ولم يشعر بإسهاماتها إلا من هم في محيطها ، ولذلك اتهمت الخدمة الاجتماعية بأنها ثقافة أقلية ولم تجد إعترافا مهنيا من قبل الآخرين .

يتساءل "Flexner" عن من الذي يعترف بالمهن ويعطيها مشروعيتها ، ويري أن المشروعية يعطيها قادة الفكر في شتي المهن والعلوم ، وهم المسؤولون عن حماية مركز المهن الأخري الأصلية وسلطاتها من تغول المتسلقين والإنتهازيين ودعاويهم . وهم ــ أي قادة الفكر ــ الذين يتأكدون من أن مهنة معينة قد اجتازت الاختيار ، ويري " David Austin " احد علماء الخدمة الاجتماعية ، بأن وجهة نظر "Flexner " تتجاهل حقيقة أن الإعتراف المهني ليس بالقرار الذي يتخذ في لحظة معينة ، ولكنه عملية طويلة تستغرق زمنا لإصدار مثل هذا الحكم ، والحكم لا تصدره هيئة من المحلفين ، ولكن المهنة

يعترف بها عندما يصل الرأي العام الي قناعة بقبول معارفها ومصداقيتها من خلال الوظائف التي تؤديها في المجتمع بغض النظر عن سمات المهنة وخصائصها الداخلية .

المشكلة أن التعريفات والدراسات المقترنة بالمهن وضوابطها كانت مقترنة بالتنافس المستمر بين المهن والعلوم أكثر من كونها دراسات علمية منزهة عن الغرض للتعرف علي الخصائص العامة المشتركة للسمات المهنية ، فالنموذج المهني الطبي قد صمم خصيصا لحماية مهنة الطب من منافسة المهن الأخري علي الموارد الاقتصادية . فالقوائم المهنية التي قدمها " Flexner " تتضمن الطب والهندسة والقانون والأدب والرسم والموسيقي والمعمار ومهنة التدريس في الجامعات . وفي الثلاثينات يقترح " Carr Saunders "، وهو أول عالم اجتماع يدرس المهن ، يقترح قائمة تتضمن ثلاث مهن اصلية فقط ، وهي القانون والطب واللاهوت وأضاف اليها خمس مهن جديدة ليست الخدمة الاجتماعية واحدة .

أما "Goode" فقد قدم قائمة تتضمن تسع مهن معترف بها ولم تكن الخدمة الاجتماعية واحدة منها ، وفي سنة ١٩٦٨م رأي " Greenwood" بأن الخدمة الاجتماعية لا تفي بمتطلبات المهنة . وفي سنة ١٩٦٩م قدم Amati "Etizioni" كتابه شبه المهن التي تشمل الخدمة الاجتماعية والتمريض والمكتبات والتعليم الابتدائي والثانوي، ومن الواضح كما يقول "Austin" أن شبه المهن في مفهوم "Etizioni" هي مجالات عمل النساء ، ويضيف "Etizioni" بأن كل الضوابط المهنية التي اقترحها "Flexner" لم تتمكن الخدمة الاجتماعية من الوفاء بها نتيجة للطابع النسائي الغالب عليها ، ويري " Glazer" أن الطب هو المهنة الحقيقية الوحيدة ، وقد اعتبر الخدمة الاجتماعية كواحدة من المهن الفرعية. (عجوبة، ١٩٨٨م) .

الخلاصة أن المعايير المهنية للطب قد فرضت نفسها علي الخدمة الاجتماعية بدرجة دفعت الخدمة الاجتماعية إلي الارتماء في أحضان الطب بدلا من التحرر منه . ولذلك أخذت الخدمة الاجتماعية في البلدان الغربية تلاحق مهنة الطب وتتبني نماذجها في الممارسة المهنية. وبهذه التجارب تأثرت الخدمة

الاجتماعية في الدول النامية ومنها البلدان العربية ، مما عرض تجارب الخدمة الاجتماعية وممارستها القائمة علي النموذج العلاجي لكثير من الانتقادات من أولئك الذين يريدون منها أن تنحي منحي تنمويا يبعدها عن النموذج الطبي ويضفي عليها قدرا من الأصالة والفاعلية التي حرصت مختلف تنظيمات الأخصائيين الإجتماعيين علي ترسيخها .

سابعا : الجذور التنظيمية المهنية للخدمة الاجتماعية :

عندما أستعرض الدارسون العرب في الخدمة الاجتماعية الشروط التي قدمها "Flexner" للخدمة الاجتماعية كي تتبح مهنة ، فإنهم قاموا بتقديم هذه الشروط بصورة مجردة ولم يقرنوها يالموقف النقدي الذى وقفه " Flexner " من الخدمة الاجتماعية . حيث ذهب الي ان الخدمة الاجتماعية لا تتوافر فيها المكونات المهنية ، وللردعلى هذه الإنتقادان فإن المهنية في الخدمة الاجتماعية تم اكتسابها بصورة تدريجية ومن خلال قنوات متعددة كان اهمها التنظيمات العلمية والمهنية ، فقد بدأ خريجو الخدمة الاجتماعية ينظمون أنفسهم منذ بداية القرن العشرين ، ففي سنة ١٩٠٧م تكونت رابطة الزائرات الاجتماعيات ، وفي ١٩٠٩م تكونت رابطة ضباط المراقبة الاجتماعية في بريطانيا ، كما أنشئت الرابطة الأمريكية للأخصائيين الإجتماعيين في سنة ١٩٢١م ، وفي العام نفسه تكونت رابطة مدارس الخدمة الاجتماعية لتطوير المناهج الدراسية في الخدمة الاجتماعية .

لقد قامت الروابط المهنية لوضع ضوابط متشددة للعضوية المهنية، وذلك من أجل التمييز بين الأخصائيين الإجتماعيين المهنيين وبين غيرهم في حقل الرعاية الاجتماعية ' وفي العشرينات تكونت في كل من أمريكا وبريطانيا روابط للأخصائيين الإجتماعيين النفسيين ، هذا وقد أدي نمو الخدمة الاجتماعية النفسية إلي نمو طريقة خدمة الفرد كمحور للتطور المهني للخدمة الاجتماعية بدرجة أدت الي تفتيت الخدمة الاجتماعية في تخصصات دقيقة وفقا للطريقة أو وفقا لمجالات الممارسة ، ولتوحيد الجهود المهنية اتخذ مؤتمر " Milford " بالولايات المتحدة قرارا في سنة ١٩٢٩م بتوحيد روابط الأخصائيين الإجتماعيين الامريكيين ،

حيث قامت فيما بعد الرابطة الوطنية للإخصائيين الاجتماعيين الامريكيين " NASW " كما قام اتحاد للاخصائيين البريطانيين في سنة ١٩٣٦ م .

لقد ساعدت الحروب علي نمو مهنة الخدمة الاجتماعية في إطار الرعاية الاجتماعية مما ساعد مختلف فروع المهنة علي الإنصهار وتذويب الحدود الفاصلة بين مجالات ممارستها وتعليمها ، فقد اتخذت رابطة الأخصائيين الإجتماعيين في بريطانيا بعد الحروب العالمية الثانية قرارا بضرورة الاخذ بمبدأ التعليم المشترك لكل الأخصائيين الإحتماعيين ، ولكن رغم الجهود التي بذلتها الروابط القومية أو الوطنية في كل من أميركا وبريطانيا ، إلا أن هناك روابط آثرت الاحتفاظ باستقلاليتها ولم تنضم الي الروابط القومية ، وذلك مثل رابطة ضباط المراقبة الاجتماعية ، ورابطة الاخصائيين الاجتماعيين النفسيين في بريطانيا ، وقد أثر هذا تأثيرا مباشرا علي وحدة المهنة وأدي الي تمزقها وتفتيتها في روابط فرعية كانت انعكاسا لمزيد من التمزق الإداري والتنظيمي لخدمات الرعاية الاجتماعية في بريطانيا إلي أن قدم " Seebohm " تقريره الذي يدعو فيه الي توحيد الرعاية الاجتماعية وتنسيقها في سنة ١٩٦٨ م.

ولعل توحيد برامج الرعاية الاجتماعية تحت مظلة واحدة قد أدي الي قيام تنظيمات مطلبيه تضم مختلف المهن والتخصصات العاملة في الحكومات المحلية والمركزية ، وقد أصبحت هذه التنظيمات أكثر أهمية وأقوي نفوذا وأكثر عددا من روابط الخدمة الاجتماعية منفردة ، وقد تبين للأخصائيين الإحتماعيين الجدد بأن الروابط المهنية للأخصائيين الإجتماعيين تقف علي أرض هشة ولا تملك القوة التفاوضية أو قوة الضغط الذي تملكه الروابط المطلبية .

لقد كان التمسك بالمهنية مفخرة للأخصائيين الإجتماعيين في الستينات ، إلا أنه أصبح هناك تراجع واضح عن المثالية المهنية في السبعينات وحلت التنظيمات المطلبية محل التنظيمات المهنية ، وتضم التنظيمات المطلبية فى بريطانيا جميع العاملين في حقل الخدمات الاجتماعية ،سواء كانوا مؤهلين أوغير مؤهلين في الخدمة الاجتماعية. وبهذه الظروف والأوضاع العالمية تأثرت الخدمة

الاجتماعية في الوطن العربي ،فبدلا من التركيز علي التخصص علي المـستوي المطلبي فقد توحدت الجهود مع المهن الاجتماعية، فقد توحدت روابطهم تحـت مظلة واحدة علي المستوي الوطني، وحافظت علـي تميزهـا علـي مـستوي التخصص كما هو الحال في مصر، كما أن هناك بلدانا تحاول أن توحد جهـود العمل الإحتماعي المهني والمطلبي تحت مظلة واحدة ، وبنهاية الـسبعينات تـم تكوين ما يزيد علي أثنتي عشرة رابطة قطرية للأخصائيين الإجتمـاعيين، كمـا تبذل جهود علي المستوي القومي العربي لتوحيد الأخصائيين الإجتماعيين تحـت مظلة إتحاد الأخصائيين الإجتماعيين العرب الذي تم تكوينه سنة ١٩٧٨م. وقـد اصدر الإتحاد العربي للأخصائيين الإحتماعيين مجلة متخصصة فـي الخدمـة الاجتماعية ،وبالمثل تصدر الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتمـاعيين مجلـة الخدمة الاجتماعية (عجوبة ، ١٩٨٨م) .

الخلاصة :

إن علي أساتذة الخدمة الاجتماعية ان يولونها مزيدا من الإهتمـام فـي محاولات التأصيل ، فلا يعقل أن ندعي أن كل قيمها وأساليبها وطرقها المستوردة من الغرب هي نفسها موجودة في تراثنا العربي والإسـلامي ، لقـد ترعرعـت الخدمة الاجتماعية في أحضان الكنيسة المسيحية ثم تبلورت في إطار مجتمعـات ديمقراطية اكتسبت منها بعدها العلمي .

إن المحاولات يجب ان تبذل لإيجاد إطار قيمي للخدمة الاجتماعية فـي الوطن العربي ، فليس من المعقول أن يعمد اساتذة الخدمة إلي تغيير هذه القـيم كلما تغيرت النظم السياسية . ولذلك علي الدارسين إيجاد صيغة جديدة للمفهـوم المهني للخدمة الاجتماعية .

إن ارتباط الخدمة الاجتماعية كمهنة أو مجال في طور النمو لا يعيبها أن ترتبط بعالم المرأة واهتماماتها سواء في البلدان الغربية أو في وطننا العربـي ، ولعل المرأة اخذت بالخدمة الاجتماعية كمجال عمل لأنها ـــ أي المرأة ـــ كانت عرضة للحرمان ، شأنها شان الفئات التي تخدمها الخدمة الاجتماعية ، ولذلك كان

من الطبيعي أن تنعكس الطبيعة الأنثوية لهذه المهنة علـي مجـالات تدريـسها والتوظيف فيها ، شأنها شأن مهنة التمريض أو مهنة التـدريس فـي المراحـل الأولية، وقد أنتهي الزمن الذي تعاب فيه المهن لارتباطها بعالم المرأة ، وعلينا أن نوقن بهذا الإتجاه وندعمه ، خاصة في البلدان التي تضيق فيها فرص توظيـف المرأة في المجالات الأخري كما هي الحال في بعض بلدان الخليج ، ومن هنا قد تأخذ الخدمة الاجتماعية أبعادا أكاديمية جديدة وتوظيفية بدلا مما هو حادث فـي جميع أنحاء الوطن العربي ، حيث نجد أن وظائف الخدمة الاجتماعية مفتوحـة أمام جميع التخصصات ، ومن هنا تنبع ضرورة إعادة النظر في العلاقـة بـين الخدمة الاجتماعية وغيرها من العلوم وخاصة علم الإجتماع الذي لا يختلف عن مجالات الخدمة الاجتماعية في مسألة التوظيف .

ولكي يعبر الأخصائيون الإجتماعيون عن مدي قوتهم عليهم أن يـدعموا جهودهم القومية من خلال الإتجاهات والجمعيات العلمية القطرية والقومية ، كما أن علي مدارس الخدمة الاجتماعية ومعاهدها وكلياتهـا وأقـسامها ان تتبـادل خبراتها وجهودها من خلال إقامة إتحاد لمدارس الخدمة الاجتماعية في الـوطن العربي .

الفصل الثاني

مبادئ الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها

هنالــك مجموعــة مــن العوامــل أدت إلــي الإهتمــام بقــضايا الخدمــة الإجتماعيةالأخلاقية، ومن هذه العوامل على سبيل المثال:

- التغيرات الاجتماعية والتكنلوجية السريعة التي فرضت مأزق قيمية جديــدة على مهنة الخدمة الإجتماعية.
- زيادة الإهتمام بالقضايا الأخلاقية من قبل مهنيين آخرين عاملين في مجــال تقديم الخدمات الإنسانية كالأطباء مثلاً.
- تحديات المستهلكين ومعارضتهم للسلطات المطلقة التي يتمتع بها المهنيون.
- فرض مزيد من القيود على نظم الخدمة الاجتماعيــة وغيرهــا مــن مهــن الخدمات الإنسانيةمن قبل أجهزة التمويل والمحاكم.
- الإهتمام الإعلامي الواسع الإنتشار بالخروفات الشنيعة لحقوق العملاء من قبل العاملين من مُختلف المهن.
- المرونة السياسية الكبيرة في تناول تضارب وصراع المصالح بــين أجهــزة الخدمات الإنسانية وبين العملاء الذين تقدم لهم هذه الخدمات
- الإعتراف المتامى بالطرق التي يمكن تطويرها لتعكس بدائل وخيارات قيمية مهنية جديدة. و(Mattaini , Mark A .(et- al) (2002

لماذا ندرس قيم الخدمة الاجتماعية ومبادئها ومعاييرها التي نمثــل فــي مجملها ما يمكن أن نطلق عليه ميثاق الخدمة الاجتماعية لقــد عــدد لــوينبرج Loewnberg خمسة أهداف لدراسة هذه المواثيق وهي:

١. الميثاق يعتبرمرشداً للأخصائي الإجتماعي ، في مواجهة المأزق الأخلاقية التي قد تنشأ أثناء الممارسة المهنية.

٢. حماية العملاء (سواء كانوا أفرادا أو جماعات أو مجتمعات) من الممارسات الخاطئة في الخدمة الإجتماعية.(فالخدمة الاجتماعية ينبغي ألا يمارسها إلا مهني متخصص يحمل درجة البكالريوس على الأقل في الخدمة الإجتماعية).

٣. تأكيد التنظيم الذاتي لعمل الأخصائي الإجتماعي بدلا من أن يكون تحتسيطرة المؤسسات الرسمية (الحكومية) وأن يتصرف الأخصائي دون الرجوع للمؤسسة.

٤. تمكين زملاء المهنة من أن يكون لديهم منظومة من المعايير أو المقاييس للتعامل فيما بينهم .

٥. **خامساً**: حماية الأخصائيين الإجتماعيين الممارسين من المساءلة القانونية إلا من خلال التنظيمات المهنية.

الميثاق الأخلاقي:

حددت الرابطة الوطنية اللأخصائيين الإجتماعيين الأمريكيين (N A S W) ستة أغراض أساسية لميثاقها تشمل مايلي (Congress , Elaine. (1998

١. تحديد القيم الأساسية التي تقوم أو تستند إليها رسالة الخدمة الإجتماعية.

٢. يلخص الميثاق بصورة عامة القيم والمبادئ الأخلاقية التي تعكس لب القيم المهنية للخدمة الإجتماعية، كما يوفر الميثاق منظومة معايير أخلاقية محددة تتبعها أو تسترشد بها ممارسة الخدمة الإجتماعية.

وعلى الرغم من أن مصطلحات القيم والأخلاقيات قد تستخدم في أدبيات الخدمة الاجتماعية وكأنها مترادفات، إلا أن بعض الدارسين في الخدمة الاجتماعية قد حاولوا إيجاد فروق بين هذه المصطلحات ، فالقيم يقصد بها كل ماهو حسن ومرغوب ، أما الأخلاقيات فيقصد بها كل ماهو حقيقي وصحيح ، والقيم المهنية مستقاة من قيم المجتمع وتمثله، أما الأخلاقيات المهنية فإنهاعلى

العكس من ذلك ، لأنها أكثر خصوصية وهي عبارة عن موجهات حول كيفية ترجمة أعضاء المهنة للقيم في الواقع العملي ((Mattaimi , et – al , 2002).

٣. مساعدة الأخصائيين الإجتماعيين على تحقيق الإعتبارات ذات الصلة عندما تتعارض الإلتزامات الأخلاقية مع بعضها البعض أو عندما يواجه الأخصائي الإجتماعي مواقف مربكة من الناحية الأخلاقية.

٤. يوفر الميثاق معايير أخلاقية يستطيع عامة الناس محاسبة الخدمة الاجتماعية من خلالها.

٥. ينشئ الميثاق الممارسين الجدد على مجالات الممارسة ورسالة الخدمة الاجتماعية وقيمها ومبادئها ومعاييرها الأخلاقية ، حيث تعطي هذه القيم والمبادئ وزناً متساويا ولابد من الإلتزام بها في ممارسة الخدمة الإجتماعية.

٦. وضع معايير لمهنة الخدمة الاجتماعية يمكن أن توظفها في تقييم عملها لمعرفة ما إذا كان الأخصائيون البإجتماعيون قد أسهموا في سلوك غير أخلاقي (مخالفة معايير الخدمة أو الخروج عليها يمكن أن يقود إلي مساءلات من قبل الرابطة الوطنية للأخصائيين الإجتماعيين في أي بلد من البلدان).

٧. إن الأغراض السابقة لمواثيق الخدمة الإجتماعية لاتعني بحال من الأحوال بأن هذه المواثيق تستجيب أو تحل كل التساؤلات أو المشكلات التي تطرأ أو تواجه الأخصائي الإجتماعي أثناء الممارسة ، ولذلك فإن هذه المواثيق يجب أن تحتوي على قدر كبيرمن المرونة أثناء تطبيقها، وعلى الأخصائي الإجتماعي أثناء الممارسة أن يتقيد بشكل مرن بالمبادئ التالية:

١/ إخطار العملاء أو تمليكهم المعلومات التالية:

أ/ التحديات الأخلاقية التي يواجهها العميل أثناء الرعاية المؤسسية .

ب/ إن الخدمات قد تكون محدودة نتيجة لوجود طرف ثالث.

ج/ مميزات أو فوائد إلتزام العميل بالخطة العلاجية.

د/ الكفاءة الأخلاقية للأخصائي الإجتماعي ومنها:

١) يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الإجتماعي خلفية ثقافية سواء كانت مماثلة أو مغايرة لثقافة العميل.

٢) أن يضع الأخصائي الإجتماعي في إعتباره أن تشخيصه للحالة يتأثر تأثرا مباشراً بالخلفية الثقافية للعميل لكي يتحمل المسئولية القانونية في تعامله مع العملاء.

٣) تفهم ثقافة العملاء وأن يصدقهم القول ويلتزم بما وعد.

٤) إذا واجه الأخصائي الإجتماعي مشكلة لغوية في التعامل مع العملاءفـإن عليه الإستعانة بمترجم على معرفة تامة بلغة العملاء.

٢/ عدم الدخول في علاقات مزدوجة مع العملاء: (Dual Relationships)

أ/ على الأخصائي الإجتماعي أن لايدخل في علاقات مزدوجـة مـع العمـلاء الحاليين أو السابقين كأن يدخل مع العملاء في صـفقة تجاريـة أو علاقـة عاطفية خاصة وهو يقوم بعلاجهم.

ب/ وإذا حدثت علاقة مزدوجة فلابد من وضع حدود لهاوالتراجع عنها.

ج/ كلما أمكن تجنب العلاقة المزدوجة ، فإن على الأخصائي الإجتماعي أن يبادر إلي ذلك.

٣/ مبدأ السرية: (Confidentiality)

أ- في كل الأحوال فإن على الأخصائي الإجتماعي المحافظة علي سرية البيانات والمعلومات الخاصة بالعميل.

ب- تتم المحافظة على السرية مالم تترتب على هذه السرية أضـرار يمكـن أن تلحق بالعميل أو بغيره من الناس.

ج- الحفاظ على مبدأ السرية مالم يتطلب القانون البوح بها أو الإفصاح عنها.

د- إن مبدأ السرية لاينطبق على الأموات من العملاء مالم يترتب على الإفـشاء بالسرية ضرر على آخرين أحياء.

ه- مبدأ السرية ينطبق على المعلومات الشفاهية والتقارير المكتوبة.

و- لابد من الحفاظ على السرية خلال إستخدامات الحاسب الألي أو البريد الإلكتروني الذي يخص العميل أو الهاتف النقال.

ز- على أساتذة الخدمة الاجتماعية أو المدربين أو المشرفين على التدريب الميداني عدم إستخدام سجل الحالات في تدريس الطلاب أو تدريبهم مالم يأذن العميل بذلك أومالم يتم تموية الأسماء أو المعلومات أو البيانات الشخصية.

- وفي النهاية فإن المقصود بمبدأ السرية هو المحافظة على البيانات الخاصة بالعميل وعدم كشفها أبو البوح بها أو تداولها إلا لأغراض مأذون بها قانونياً ، والسرية مبدأ مبني على حق أساسي للعميل وهو حق الخصوصية وهي وأجب أخلاقي يلتزم به الأخصائي الإجتماعي.

٤/ إحترام العميل وعدم التهوين من شأنه وفقاً للأتي:- (Respect)

أ- على الأخصائي الإجتماعي أن لايستخدم القوة الجسدية في علاقته مع العملاء أو التهديد بإستخدامها.

ب- على الأخصائي الإجتماعي الإستجابة إلي رجاءات أوإلتماسات العميل.

ج- ألا يوجه الأخصائي الإجتماعي الإجتماعي إساءات أو ألفاظ بذيئة أو سوقية للعميل وألا يستخدمها أثناء تواجد العميل.

د- على الأخصائي الإجتماعي أن يمتنع عن أي نوع من التحرشات الجنسية في تعامله مع العملاء أو التهديد بإستخدامها.

ه- على الأخصائي الإجتماعي أن يمتنع عن أي نوع من التحرشات في تعامله مع العملاء سواء كانت جنسية أو عقلية أو غير ذلك.

٥/ مبدأ تفريد الحالة: " individualization"

لقد كان عمل المنظمات الخيرية طوال العصور يركز على الخدمات التي تقدم للأفراد، وقد كان العمل الفردي يتطلب تفريد الحالة بمعنى الوصول إلى ما يميز كل حالة عن الحالات الأخرى، وعملية تفريد الحالة بدأت في الولايات المتحدة بصورة أولية أو بدائية أو فطرية أو عفوية من خلال ما كانت تقدمه جمعيات تنظيم الاحسان وقد كان تفريد الحالة يتطلب الآتي:

أ- استقصاء شبه قانوني للحالة (عملية تحري).

ب- التحري الغرض منه جمع الحقائق في ملف يخص الحالة (سجل الحالة).

ج- هذه المرحلة كانت تتسم بالبرود والرتابة في العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل.

د- كان الاخصائي الاجتماعي في غالب الاحوال يعمد لتقديم النصح والوعظ والإغراء والحث في تعامله مع العميل.

هـ- في هذه المرحلة اضافت ميري ريتشموند "Mary Richmond" ضرورة أن تتسم العلاقة بين الاخصائي والعميل بالدفء في مرحلة تسجيل الحقائق أو الحصول عليها.

و- أن تتم المعالجة للعميل أو التعامل معه كإنسان بعينه بإختلافاته الشخصية عن الآخرين سواء في مرحلة الدراسة أو التشخيص أو العلاج.

ز- التفريد لا يعني على الإطلاق عزل العميل عن مجتمعه ، ولذلك لابد من مراعاة التوازن بين العميل والمجتمع الذي يعيش فيه وانماطه وسلوكياته، وبما أن العميل يختلف عن الآخرين، ويحتاج إلى مساعدة مختلفة أيضاً عن الآخرين، فإن الخدمة الاجتماعية تشبع احتياجات محددة تختلف من عميل لآخر وفقاً لمقدرته ومواهبه التي تساعد على وعيه بهذه المشكلة التي يعاني منها، سواء كان على وعي بهذه المشكلة أو على غير وعي بهذه المشكلة، وفي كل الأحوال، فإن من واجب الاخصائي الاجتماعي أن يساعد العميل على الوعي الكامل بالمشكلة التي يعاني منها، وان يعترف بها وأن يشارك في حلها، ولذلك يستطيع أن يتجاوزها ، وبالتالي فإن دور الاخصائي الاجتماعي في تفريد الحالة يقوم على الاسس التالية:

ح- الأسس التي يقوم عليها دور الأخصائي الاجتماعي في تفريد الحالة:

١) الإلمام والمعرفة الشخصية العميقة بالسلوك البشري ودوافعه وأنواعه واتجاهاته.

٢) أن يتحرر الاخصائي الاجتماعي من الانحياز والتمييز سواء ضد العميل أو معه، وخاصة في المجتمعات متعددة الأعراق والديانات والثقافات واللغات مثل المجتمع السوداني.

٣) أن تكون لدي الاخصائي الاجتماعي القدرة على التواصل الفردي مع العميل والاستماع اليه وملاحظته، ويقصد بالملاحظة التعابير غير الشفهية خاصة الانفعالات التي يعبر عنها بالاشارة أو ترتسم على الوجه أو العين أو وقفة الانسان أو وضعه الجسدي وان تكون لدي الاخصائي الاجتماعي المقدرة على مسايرة خطوات العميل وايقاعاته أثناء التواصل، بمعنى أن يكون للمقابلة ايقاع محدد.

٤) القدرة على تلمس مشاعر العميل والاحساس بالعميل، ولذلك لابد أن تتسم العلاقة بينهما بالمودة.

٦/ التعبير الهادف عن المشاعر: "Expressive Feelings"

التحدي الأساسي الذي يواجه أي مهني في عمله هو كيفية ضبط مشاعره وانفعالاته، وتسمى عملية ضبط الانفعالات بالصرامة المهنية، والصرامة المهنية تقتضي قدراً من المرونة ، فالمرونة تظهر في تعابير وجه الاخصائي الاجتماعي اثناء تعامله مع العميل، ولذلك فإن عليه أن لا يظهر الغضب أو الرضا الزائد عن الحد بمعنى (أن يحافظ على التوازن في مشاعره) فالحفاظ على التوازن لا يعني الرتابة في التعامل مع العملاء، كما أن عليه ألا يسمح بالإنفعالات في المشاعر بدرجة يمكن أن تكون على حساب وقته أو جهده، فكثيراً ما يعبر بعض العملاء بالبكاء عن انفعالاتهم، وفي هذه الحالة فإن على الاخصائي الاجتماعي أن يصبر على العميل، وأحياناً قد يعبر العميل عن انفعالاته بالضحك، وقد يبلغ درجة الضحك الهستيري (المرضي) وأيضاً على الاخصائي الاجتماعي عدم الافراط إما في الشدة أو الرضا، وفي بعض الاحيان فإن العملاء قد يتسمون بتقلب المزاج أو المراوغة، وفي هذه الحالة فإن على الاخصائي الاجتماعي أن يتبع من الوسائل والتقنيات التي يحافظ بها على اتساق العميل بالتعبير عن مشاعره وخاصة عندما يبدي مشاعر متناقضة أو متعارضة.

ويعرف التعبير الهادف عن المشاعر بإنـــه الاعتـــراف بحالـــة العميـــل والسماح له بالتعبير عن مشاعره بحرية، خاصة مشاعره السلبية، ومن واجـــب الاخصائي الاجتماعي أن تكون لديه القدرة على الإنصات المهني أو الإســـتماع، بمعنى أنه يجب عليه أن لا يدين تعبير العميل عن مشاعره، بل إن عليه القيـــام بتشجيعه وحثه على هذا التعبير لأنه يسهم في العملية العلاجية.

٧/ مبدأ عدم الإنغماس الانفعالي مع العميل وفقاً لما يلي:

أ- مساعدة العميل، وتتطلب تأسيس مشروعيته لتقديم المساعدة له.

ب- الحصول على بيانات محددة لإقناع الجهات المقدمة لهذه المساعدة كالمساعدة الي يقدمها ديوان الزكاة أو صندوق دعم الطلاب.

ج- لكي لا يصاب العميل بخيبة أمل، فإن على الاخصائي الالمـــام الكامـــل والدقيق بسياسات المؤسسة التي يعمل فيها واجراءات الوصول للمساعدة والاحقيات والموارد المتاحة لها لمساعدة العملاء، كما أنه لابد من توفر الامكانات المتاحة لمساعدة العملاء، ففي كثير من الأحيان قـــد يواجـــه الاخصائي الاجتماعي مأزقاً اجتماعياً وذلك عندما يدرك الحاجة الماســـة والملحة للعميل ولكن النظم لا تتيح له فرصة تقديم المساعدة لأي ســـبب من الأسباب كإنعدام المواطنة مثلاً.

٨/ مبدأ التقبل: "Acceptance"

أن يتقبل الاخصائي الاجتماعي العميل (وبعد موافقة كلى الطرفين علـــى العمل معاً) كما هو وليس كما يجب أن يكون وفقاً لما يلي:

أ- التقبل عملية متبادلة ولذلك فإن على العميل ان يتقبل الاخصائي الاجتمـــاعي ايضاً.

ب- على الاخصائي الاجتماعي ألا يدين العميل وإلا يشعر بالصدمة تجاه العميل لمجرد سلوكه الذي يختلف بدرجات متفاوتة مع الاخصائي.

ج- على الاخصائي ألا يتعجل في تشخيص حالة العميل.

د- ليس من واجب الاخصائي الاجتماعي الكشف عن العيوب، ولكن من واجبه الكشف عن عناصر القوة.

٩/ عدم إصدار احكام تصم العميل بأوصاف معينة منها مثلاً: "Stigmatization"

أ- عدم تجريم العميل أو لومه.

ب-عدم تحميله مسئولية المشكلة التي يعاني منها.

ج-على الاخصائي الاجتماعي أن يدرك الفروق الفردية بينه وبين العميل والا يحاول ان يجعل العميل صورة طبق الاصل منه.

١٠/ مبدأ تقرير المصير: Self – Determination

من المبادي المبكرة في الخدمة الاجتماعية ويرجع العمل به منذ العشرينات وثلاثينات القرن الماضي وهو مبدأ مستمد من الفلسفة الليبرالية (الحرية الفردية) ومن مواثيق حقوق الانسان، ويقصد به:

أ- مشاركة العميل في الوضع الخطة العلاجية وموافقته عليها.

ب- ان يحدد العميل اختياراته بنفسه، بمعنى أن على الاخصائي الاجتماعي أن يتيح للعميل بدائل عديدة لحل مشكلته، ثم يختار العميل البديل الذي يناسبه.

ج- أن يتحمل العميل مسئولية اتخاذ قراراته لتحقيق مصيره.

د- مبدأ تقرير المصير يعني الاعتراف العملي بحق العميل في الحرية، لذلك فإن من واجب الاخصائي الاجتماعي أن يحترم ويقرر مشاركة العميل في تقرير مصيره.

ه- مبدأ تقرير المصير لا يطبق تلقائياً على كل العملاء ، فهناك من العملاء من لا يستطيعون أن يقرروا لأنفسهم، فالمرضي العقليون أو القصر لا يقررون لانفسهم ولذلك يترك القرار لمن ينوب عنهم. وهناك من العملاء من يتخذون قراراً خاطئاً كالاقدام على الانتحار أو محاولته كما أن هناك من يقدمون على اتخاذ قرارات وتكون منافية للاخلاق أو القوانين.

١١/ مبدأ إنهاء العلاقة المهنية: Termination

على الاخصائي الاجتماعي أن ينهي علاقته مع العملاء وخدماتهم وذلك عندما لا تكون هناك أي ضرورة لهذه العلاقات أو الخدمات ولا تشبع احتياجاتهم أو تخدم مصالحهم.

العلاقة بين المبادئ والقيم:

يمثل الميثاق الأخلاقي للرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين (NASW) نموذجاً يمكن أن يحتذي به في السودان علي الرغم من تحفظاتنا علي بعض الفقرات أو المواد أو المبادئ أو القيم التي لا تتفق مع قيمنا الدينية في السودان ، كالقيم الخاصة باختيار بعض أساليب الحياة الجنسية سواء كانت خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم أو بالعملاء ، ومقابل كل قيمة من القيم حدد الميثاق مجموعة من المبادئ وفقاً لما يلي :

القيم	المبادئ
١- الخدمات	* الهدف الأساسي للأخصائيين الاجتماعيين هو مساعدة المحتاجين ومعالجة المشكلات الاجتماعية .
٢- العدالة الاجتماعية	* على الأخصائيين الاجتماعيين مواجهة عدم العدالة الاجتماعية ومواجهة الظلم أي كان نوعه في تقديم الخدمات .
٣- احترام كرامة الإنسان وإعطاؤه قيمته .	* على الأخصائيين الاجتماعيين أن يحترموا الكرامة المتأصلة للإنسان وقيمته كإنسان بغض النظر عن أوضاعه الاقتصادية أو الاجتماعية أو النفسية أو العرقية أو الدينية .
٤- أهمية العلاقات الإنسانية .	* على الأخصائيين الاجتماعيين أن

	يعطى أهمية قصوى للعلاقات الإنسانية سواء فيما بين الناس جمعياً أو بين الإفراد والأسر والجماعات الاجتماعية والمنظمات والمجتمعات .
٥- الاستقامة.	* على الأخصائيين الاجتماعيين أن يسلكوا سلوكاً قويماً وموثوقاً به، وأن يكونوا على وعي برسالة الخدمة الاجتماعية وقيمها ومبادئها الأخلاقية ، ومستويات ومعايير ممارستها بصورة متسقة لا تتعارض ولا تتناقص فيما بينها ، بمعني أن يكون الأخصائي الاجتماعي أميناً ومسئولا عن ترقية وتطوير الممارسات الأخلاقية للمنظمة التي ينتسب إليها .
٦- الكفاءة. المصدر Congress, Elaine (1998) Social work values And Ethics ,Chicago, Nelson Hall	* على الأخصائي الاجتماعي أن يمارس عمله في إطار صلاحياته، وأن يكون كفئاً وقادراً على تطوير وترسيخ خبراته المهنية بزيادة معارفه ومهاراته وإخضاعها للتطبيق العملي.

العلاقة بين المسؤوليات والمعايير :

يتضمن الميثاق الأخلاقي لرابطة الأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين تحديداً دقيقاً للعلاقة بين مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين وبين معايير ومقاييس ممارسة الخدمة الاجتماعية وفقاً لما يلي :

المعايير	المسؤوليات
١- الإلتزام بالعمل على رفاهية العملاء وسعادتهم . ٢- إعطاء العملاء حق تقرير المصير . ٣- الموافقة على تقديم الخدمات لهم . ٤- الكفاءة المهنية. ٥- الكفاءة الثقافية واحترام التعددية . ٦- تجنب صراع الاهتمامات والمصالح بين العملاء والمجتمع ، مع الإنحياز للعميل في حالة تضارب هذه المصالح مع بعضها البعض . ٧- الخصوصية والسرية. ٨- الاطلاع على سجلات العملاء بحيث يقتصر على الأشخاص المأذونين بذلك . ٩- الإبتعاء التام عن العلاقات أو التحرشات الجنسية مع العملاء كالاحتكاك الجسدي أو الملامسة أو المغازلة. ١٠- عدم استخدام الألفاظ والعبارات السوقية أو البذيئة أو النابية. ١١- عدم أخذ رسوم أو أجور على ما يقدمه من خدمات	١- مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي تجاه العملاء .

٢- مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين تجاه زملائهم .	١٢- اتخاذ القرارات الصائبة في حالة عجز العميل . ١٣- عدم انقطاع الخدمات . ١٤- اتخاذ التدابير لإنهاء العلاقة المهنية بمجرد الانتهاء من العملية العلاجية .
٣- مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين في مؤسسات عملهم .	١- الاحترام المتبادل مع الزملاء . ٢- المحافظة على إسرارهم وخصوصياتهم . ٣- التكامل مع المهن الأخرى والعمل كفريق . ٤-حل المنازعات والخصومات بين الزملاء . ٥- استشارة لزملاء. ٦- إحالة العملاء بزملاء آخرين حسب ما تتطلبه الحالة. ٧- تجنب العلاقات الجنسية التي تنم عن استغلال علاقة الزمالة . ٨- عدم التحرش الجنسي بزملاء العمل . ٩- معالجة قصور أو تقصير الزملاء. ١٠- الكشف المقنن عن عدم كفاءة الزملاء .

	١١- الكشف عن السلوك غير الأخلاقي للزملاء .
٤- مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين تجاه مهنة الخدمة الاجتماعية .	١- تقديم النصائح والإرشادات. ٢- التعليم والتدريب. ٣- تقويم الأداء. ٤- المحافظة على سجلات العملاء . ٥- تصنيف الخدمات. ٦- تحويل العملاء. ٧- الإلتزام باللوائح والنظم الإدارية . ٨- الإلتزام والوفاء للمؤسسة التي يعملون فيها. ٩- حل منازعات العمل الداخلية بين العاملين وبين المخدمين .
٥- مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين تجاه المجتمع .	١- الكفاءة المهنية. ٢- تجنب الانحيازات في تقديم الخدمات . ٣- مراعاة الانضباط السلوكي الشخصي والمهني. ٤- عدم الخيانة والتزوير والغش والخداع. ٥- عدم الخلط بين المشاكل الشخصية ومتطلبات العمل. ٦- الظهور بالمظهر الحسن واللائق .

	٧- عدم التدخل فيما لا يعنيهم .
٦- مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين تجاه الأقليات الاجتماعية .	٨- رد الجميل لأهله والعرفان لهم وعدم الجحود أو التنكر بفضائلهم وإحساناتهم . ٩- الاستقامة. ١٠- التقويم والبحث. ١- رفاهية المجتمع . ٢- المشاركة الجماهيرية. ٣- المشاركة في حالات الشدة والأزمات والكوارث والطوارئ والنكبات المروعة. ٤- المحافظة على الحقوق السياسية والاجتماعية لكافة الناس على وجه العموم والمحرومين على وجه الخصوص. ١- التوفيق بين أخلاقيات الخدمة الاجتماعية وقيمها وأخلاقيات وقيم الأقليات الاجتماعية . ٢- الوعي بأبعاد ومتطلبات تنوع الهويات الثقافية وتعددها في المجتمع . ٣- أن يكون الأخصائيون الاجتماعيون على إلمام بمختلف الثقافات سواء فيما يتعلق بتاريخها أو عاداتها أو حجمها أو

	نظمها الأسرية أو طرق تعبيراتها الفنية. ٤- أن تتـــوفر لـــدي الأخـــصائيين الاجتماعيين مهارات تمكنهم من العمل مع كل الثقافات المتنوعة داخل المجتمع. ٥- أن يكون الأخصائيون الاجتمـاعيون على إلمام تام بالخدمات المتاحة التي يمكن إن تستفيد منها الأقليات، وإزالة العقبـات التي تواجه هذه الأقليات وخاصة المعوقات والصعوبات اللغوية . ٦- تمكين الأقليات والدفاع عنها . ٧- الحــرص علــى تنويــع وتوظيــف الأخصائيين الاجتمـاعيين مــن مختلــف الثقافات والتنوع في التوظيف . ٨- التدريب وإعـادة التأهيـل الثقـافي للأخصائيين الاجتماعيين العـاملين مـع الأقليات. ٩- مراعاة التنوع اللغوي في الإصدارات والمخاطبات الرسمية الشفهية والمكتوبة . ١٠- الحرص على تطوير وتمكين قيادات مهنية وسياسية واجتماعية وثقافية من بين الأقليات داخل المجتمع . (Congress, 2002).

الفصل الثالث

مآزق الخدمة الاجتماعية مع المعاقين عقلياً

يواجه الأخصائيون الإجتماعيون مآزق أو معضلات في التعامل مع المعاقين عقلياً أو مايطلق عليه (Ethical dilemmas in mental health) المآزق الأخلاقية في مجال الصحة العقلية) (Congress , 2002)

- تهتم مواثيق الخدمة الاجتماعية في ممارستها مع المعاقين بالمؤسسات التي تأوى أو تقدم خدماتها بصورة منتظمة للمعاقين وذلك مثل:

١/ المستشفيات النفسية والعصبية (مستشفى التجاني الماحي).

٢/ المصحات النفسية والعقلية. (مستشفي عبد العال الإدريسي)

٣/ مراكز رعاية الأطفال المعاقين ذهنياً (مراكز رعاية الأطفال التوحديين أو الذين يعانون من إضطرابات طيف التوحد (Autism).

فالمواثيق الأخلاقية تحرص على المحافظة على خصوصية العملاء وهذا النوع من العمل يتطلب وفقاً لمبدأ تقرير المصير إتاحة فرص أو خيارات عديدة للعميل يختار من بينها ما يريد (وفي بعض الحالات نجد أن من يرافق العميل هو الذي يختار) ولذلك نصت المواثيق الدولية بما فيها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ولحقوق الطفل ولحقوق المعاقين على ما يلي:

١. الحقوق المتساوية لجميع الناس في إشباع إحتياجاتهم الإنسانية الأساسية بما فيها تأمين الحد الأدنى من الدخل:

أ- (الضمان الإجتماعي) وهذا يعطي حسب الحاجة.

ب- الحد الأدنى من التعليم الإلزامي والمجاني والعام دون تمييز بين البنات والأولاد والثقافات والأعراق والجهات والطبقات.

ج- الحد الأدنى من الرعاية الصحية الأولية والعلاج المجاني.

د- التأمين ضد البطالة وتوفير فرص العمل أو التأمين النقدي في حالة التعرض للبطالة.

ه- توفير الحد الأدنى من المأوى لمحاربة التشرد.

٢. بما أن المرضى العقليين قد يكونون في حاجة للحماية من المخاطر، فإن على الأخصائى الإجتماعي أن يحافظ ويتعامل بحذر مع خصوصيات العملاء وأسرارهم (مبدأ السرية) وكما يقول أحد الباحثين فإن على الأخصائي الإجتماعي أن يناضل من أجل الحفاظ على أسرار العملاء في عالم لا أسرار فيه.

٣. المواثيف الأخلاقية المهنية والدولية الخاصة برعاية المعاقين أصبحت تتطلب من الأخصائي الإجتماعي والنفسي:

أ ـ أن يستخدم مقياساً عالمياً متفق عليه لتصنيف المعاقين.

ب ـ المقياس الدولي والذي تبنته منظمة الصحة العالمية.

World Health Program وهو المقياس الذي يطلق عليه الدليل الأحصائي والتشخيصي للإعاقات الذهنية ويعرف إختصاراً بـ DSMIV.

أ- الدليل الأحصائي والتشخيصي للإعاقات الذهنية يطبق في حالات الإعاقة الشديدة .

ب- على الرغم من أن الحالات الشديدة للإعاقات الذهنية قد لاتتطلب موافقة العميل على العلاج أو التواصل مع من يريد إلا أن هذا المبدأ يمكن تجاوزه لأن العميل في هذه الحالة لايستطيع أن يقرر لنفسه ورغم ذلك لابد من التمسك بمبدأ تقرير المصير مع من ينوب عن العميل كما أنه لابد من التمسك بمبدأ السرية.

العملاء من ذوي الإعاقات الذهنية يعانون في غالب الأحوال من :

١/ قصور في الإدراك.

٢/ القصور في أداء وظائفهم الإنفعالية أو العاطفية.

٣/ القصور قد يقوده أو لايقوده لطلب العلاج.

٤/ على الأخصائي الإجتماعي بوصفه خبيراً أن يقدم للعميل أفضل أنواع العلاج سواء فيما يتعلق بالإضطراب العاطفي أوالإنفعالي الذي يعاني منه العميل.

- تحديد ما حدث له.
- كيف يمكن مساعدته.
- ماهي إهتماماته وقيمه وأهدافه.
- تفسير سلوكيات العميل وتحديد ما إذا كانت تتطابق مع السلوك السوي أو لاتتطابق.
- تحديد كيف أن أفكار العميل وأفعاله تؤدي إلي أنواع معينة من الخلل في سلوكه والصعوبات في حياته وكيف يمكن التغلب على هذه الصوبات.

٥/ هناك مجموعة من المشكلات التي يعتبرها الدارسون فيما يتعلق بإستخدام الأخصائي الإجتماعي للدليل الإحصائي والتشخيصي للإعاقات وذلك للأسباب التالية:

أ. من الناحية الأخلاقية مثلاً فإن على الأخصائي الإجتماعي أن لايقول وفقاً للتشخيص أن العميل يعاني من إنفصام في الشخصية أو أن العميل منفصم شخصياً.

ب. في الغالب يبالغ الأخصائيون الإجتماعيون في تحديد درجة الإعاقة إما التقليل من شأنها وإما أن يبالغوا في تشخيصها.

ج. الرعاية المؤسسية الدائمة سواء في المستشفيات أو في دورالرعاية قد تشّكل خطراً على العميل في مستقبل حياته وهي ما يعرف بالتطبع على الحياة المؤسسية والتي تؤدي إلي حرمان العميل من حقه في الإختيار.

د. في كل الأحوال تفضل الرعاية البيتية (الأسرية) على الرعاية المؤسسية وفي مجال الرعاية نجد أن العالم قد أغلق كثيراً من أنواع الرعاية المؤسسية إلا في حالات الضرورة .

ه. قد يواجه الأخصائي الإجتماعي مشكلة في تحديد المعايير والضوابط والإختيار بين أن يبقى العميل طليقاً أو يودع في المؤسسات.

و. العمل مع حالات الإعاقات الذهنية الشديدة يتطلب عمل فريق متكامل مع المهنيين بما في ذلك أطباء الأطفال والباطنية وأطباء المخ والأعصاب والطب النفسي وأطباء الأذن والسمع وإختصاصيو النطق والكلام والأخصائيون الإجتماعيون والنفسيون وأخصائيو العلاج الطبيعي والأخصائيون في العمل مع ذوي الحاجات الخاصة على أن يكون دور الأخصائي الإجتماعي دور المنسق بين أعضاء فريق العمل (Team Work).

ز. الحالات التي يطبق عليها الدليل الإحصائي والتشخيصي رقم DSMIV هي حالات إضطراب طيف التوحد.

ووفقاً ادليل الإحصائي التشخيصي لرابطة علماء النفس الأمريكيين DSMIV وفقاً للدليل الإحصائي للإعاقات الذهنية والعقلية فقد أطلقوا على مجموعة من الإعاقات العقلية مسمى (إضطرابات) (طيف التوحد) أي الإضطرابات النمائية الشاملة (PDD) وهي:

١. إضطرابات التوحد الصريح وهو يصيب الأولاد أكثر من البنات
٢. وهناك نوع أخف منه وهو(Aspereger) ونسبة الإصابة به بين الأولاد (١ــ١٠) بنات وقد إكتشفه عالم نسب إليه
٣. وهناك إضطرابات النمو الشاملة غير المصنفة وهي (PDD).
٤. إضطرابات ريت.
٥. إضطرابات خلل الطفولة فهي لايمكن تصنيفها ويطلق عليها Disorder

وكل هذه الحالات الخمس تعاني من قدر متفاوت من المشكلات التالية:

١/ قصور في التفاعل الإجتماعي.

٢/ قصور في التواصل اللغوي الإشارة وغيرها .

٣/ ألانماط السلوكية الشاذة أو الغربية.

أولاً: القصور في التفاعل الإجتماعي:

وكل هذه الأنواع من القصور يمكن أن تتمثل أو تتضح في الأعراض التالية:

أ. لايهتم بالصداقات أو صنعها.

ب. يفضل أن يكون وحيداً بدلاً من الإندماج مع الآخرين ولايقلد الأخرين.

ج. لايتفاعل كلية في اللعب مع الأخرين.

د. يتجنب التواصل البصري.

ه. لايبتسم بصورة طبيعية وإذا إبتسم أوضحك يكون بصورة مستفزة.

و. لايحس بالآخرين من حوله.

ثانياً: القصور في التواصل اللغوي والإشارات:

أ- يتمثل في أن لديه مشكلة في المحافظة على المحادثة على الرغم من أن لديه مهارات لغوية في بعض الأحيان.

ب ــ الخلط بين الضمائر، وقد يعيد أَخر عبارة سمعها كما هي (الببغاوية)

ج ــ ليس لديه القدرة على الخيال والتمثيل .

د ــ لايستطيع إستخدام الإشارات المألوفة (كإشارة مع السلامة).

هــ - لايستطيع التواصل من خلال الكلمات المنطوقة والإشارات.

ثالثاً : الأنماط السلوكية الشاذة أو الغربية:

أ. التعلق أو الهوس بموضوعات معينة.

ب. يستطيع القراءة في وقت مبكر ولكن لايستطيع توظيف الكلمات.

ج. الإهتمام المكثف باللعب الميكانيكية ويمكن أن يصف لعبــات الحيــل مثــل (المكعبات).

د. يتسم بالخمول أو النشاط الزائد عن الحد.

ه. لايستجيب لطلبات الآخرين حتى لو كانوا مألوفين لديه.

و. هو شخص أخرق في أكله، والهيجان المتكرر بدون سبب قد يكون من سماته كالسلوك العدواني وإلحاق الأذى بالنفس والآخرين.

ز. إلحاق الأذى يالنفس دون الإحساس بالألم.

المعايير الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الإعاقات النمائية الشاملة: (إضطرابات طيف التوحد)

في خلال الثمانينات من القرن الماضي زاد الإهتمام المهني للأخصائيين الإجتماعيين العاملين في مجال الإعاقات النمائية في الولايات المتحدة الأمريكية ومن ثم إستجابة الرابطة الوطنية للأخصائيين الإجتماعيين الأمريكيين NSW لتلك الإهتمامات وقد طورت الرابطة الوطنية للعاملين في حقل الخلل العقلي أو القصور العقلي معايير أخلافية لممارسة الخدمة الاجتماعية في المواقع التي تقدم خدمات لذوي الإعاقات النمائية وفقا لما يلي:

المعيار الأول: إلتزام الأخصائيين الإجتماعيين بأخلاقيات وقيم الخدمة الاجتماعية وأهدافها.

المعيار الثاني: على جميع الأخصائيين الإجتماعيين الإلتزام بمنظومة من المبادئ ذات الصلة بالإعاقات النمائية وأن هذه المبادئ يجب أن تقود أو توجه ممارساتهم المهنية وتشمل هذه المبادئ المحافظة على العملاء في بيئات تتسم بالمرونة ما أمكن ذلك، وتقديم المساعدة لهؤلاء العملاء ولأسرهم طالما ظلوا على قيد الحياة وتوظيف الحد الأقصى من مقدراتهم والحرص على حقوقهم الفردية وكرامتهم الشخصية.

المعيار الثالث: على ممارسي الخدمة الاجتماعية والبحوث فيها أن يسعوا إلى الحماية أو التقليل من حالات حدوث الإعاقات النمائية ولذلك فإن

على الأخصائيين الإجتماعيين أن يكونوا على وعـي بالعوامـل البيولوجية والنفـسية والاجتماعيـة ذات الـصلة أو المتـصلة بالإعاقات النمائية وخاصة العوامل ذات الصلة بظـاهرة الفقـر وتداعياته سواء كانت هذه التداعيات للإعاقة من الدرجة الأولية (خفيفة) أو ثانوية (متوسطة) أوثالثة (شديدة).

المعيار الرابـع: على الأخصائيين الإجتماعيين أن يشاركوا في مدخل فريق العمل المتكامل لإشباع إحتياجات العملاء من ذوي الإعاقات النمائية ، وعمل الفريق يحرص على أن يؤكد الأبعاد المتعددة الإتجاهـات لإحتياجات العملاء كما يؤكد على أهميـة المنظـور التكـاملي لمختلف العلوم وصياغتها في خطة واحدة أو في منظومـة مـن التوصيات الخاصة بالعميل أو بالبرنامج.

٥/ المعيار الخامس: يجب أن تتضمن وظائف برنامج الخدمة الاجتماعية خدمات محددة لفئة السكان والمجتمع المحلي الذي ينتمي إليـه هـؤلاء العملاء، وتتضمن هذه الخـدمات تقيـيم البـرامج والتخطـيط والوصول إلي مظان الظاهرة والدفاع والوقاية والحماية وتقـديم الخدمات والرعاية بصورة مستمرة وإشباع الإحتياجـات غيـر المشبعة وخدمات لفئات السكان المعرضين للمخاطر وخـدمات التواصل مع المجتمع والتنسيق بين هذه الخدمات ، ولكي ينفـذ الأخصائي الإجتماعي أو يلتزم بهذه المعايير فقـد حـدد كـولي وآخرون Cole أربعة مجالات لإظهارمدى كفاءة الأخـصائيين الإجتماعيين بمعنى آخر أنه علـى الأخـصائيين الإجتمـاعيين العاملين في مجال الإعاقات النمائية ومع أسر من يعـانون مـن إعاقات من الأطفال أن يتمكنوا أو يسيطروا على هذه المجـالات الأربعة وهي:

١) الوعي بالظروف العامة التي تؤدي إلي تعطيل أو تأخير النمـوفي مراحـل مبكرة من الحياة.

٢) الوعي بالأثار السلبية التي تتركها هذه الإعاقات على الأسرة أو بمعنى أخـر وقع الإعاقة على الأسرة.

٣) الوعي بالموارد المجتمعية التي يمكن أن تقدم خـدمات للأطفـال مـن ذوي الإعاقات النمائية وأسرهم.

٤) الوعي بالأدوار التي يمكن أن يلعبها الأخصائي الإجتماعي مع الأطفال ذوي الإعاقات النمائية ومع أسرهم .

الأخلاقيات المتعلقة بتطبيق مبدأ السرية والتعامل مع الإعاقات الذهنيـة (العقلية):

يعتبر مبدأ السرية في الخدمة الاجتماعيـة مبـدأ أساسـياً بالنـسبة لكـل الأخصائيين الإجتماعيين مهما تدنت درجة تدريبهم أو تأهيلهم ، ولذلك فإن على الأخصائي الإجتماعي أن يستخدم ما يعرف بالنموذج الأخلاقي لمساعدته في حل المشكلات أو المعضلات الأخلاقية التي تواجهه في الحفاظ على هذا المبدأ فـي تعامله مع المعاقين عقلياً وفقاً لما يلي:

١. عليه أن يتحرى القيم المهنية ذات الصلة به وبالمؤسسة التـي يعمـل بهـا وبالعميل الذي يتعامل معه وعلى المستوى الشخصي فإن على الأخصائي أن يقيم إلي أي مدى تؤثر قيمه الشخصية في قراراته وخرقه لمبدأ السرية ، ومن الأمثلة على ذلك أن يتساءل الأخصائي الإجتماعي عن أنواع السلوك التي تنم عن عدوانية العميل .

أما بالنسبة لقيم المؤسسة فإنها دائماً معنية بقضايا المشروعية ولذلك فإنها قد تحدد في لوائحها ونظمها كيفية تعامل المعالج مع العملاء الذين يمكن أن يشكل سلوكهم عدواناً.

٢. على الأخصائي الإجتماعي أن يحدد ما مدى خطورة المستويات الأخلاقية التي تنطبق على حالة العميل.

٣. في تقييم الأخصائي الإجتماعي لخطورة الحالة عليه أن يقيم الحالة تقييماً دقيقاً للإجابة على التساؤلات التالية:

- هل لدى العميل أي وسائل لتنفيذ تهديداته للآخرين أو الإعتداء على نفسه؟.
- هل للعميل أي تاريخ ينم عن العدوان وخاصة تجاه الضحية المحتملة؟.
- هل يعاني العميل من أي وسواس كالخوف من الموت أو الخوف من أن يقتل؟.

٤. إن على الأخصائي الإجتماعي أن يضع في إعتباره مجموعة من الخطوات التي يمكن إتخاذها والنتائج المترتبة عليها بالنسبة للعميل ويعتمد تصور هذه الإحتمالات أو الخطوات على الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مدى جدية العميل في تنفيذ تهديداته؟.
- هل يمكن الحماية أو منع العميل من تنفيذ تهديداته دون خرق مبدأ السرية من قبل الأخصائي الإجتماعي؟
- ما النتائج أو الأضرار المهنية التي يمكن أن تحدث للأخصائي الإجتماعي إذا ما نفذ العميل تهديداته؟.
- إلي أي مدى يمكن أن يؤثر إفشاء السر أو البوح بأسرار العميل في ثقة العميل أو علاقته بالأخصائي الإجتماعي؟.
- هل سيقلع العميل عن العلاج في حالة إفشاء السر وإذا أقلع عن العلاج هل سينفذ تهديداته؟.
- هل سيكون العميل سعيداً بأن الأخصائي الإجتماعي قد تمكن من منعه من تنفيذ تهديداته بإيداعه في المستشفى؟.
- هل تشعر الضحية المحتملة بالشكر والعرفان والإمتنان للأخصائي الإجتماعي لتوفير الحماية له؟.

٥. لابد للأخصائي الإجتماعي أن يحدد من هو الشخص المستفيد ومن الشخص الذي سيتضرر إذا إنحاز الأخصائي الإجتماعي لمن هو عرضة للمخـــاطر؟ وفي غالب الأحوال فإن المتضررين هم النساء والأطفال.

٦. في محافظته على السرية في التعامل مع المرضــــى العقليـــين فـــإن علـــى الأخصائي الإجتماعي أن يتشاور بإستمرار مع زملائه ومع رؤسائه المشرفين عليه.

ولكي يواجه الأخصائي الإجتماعي المأزق الأخلاقية في مختلف المجالات فإن هناك نموذجاً طوره بعض الدارسين وله عدة مراحل وفقاً لما يلي , Mattiani (etal , 1998).

المرحلة الأولى:

جمع وتقييم البيانات الخاصة بحالة العميل وتطوراتها.

المرحلة الثانية:

التمييز بين إعتبارات الممارسة والمتطلبات الأخلاقيـــة (فـــالإبلاغ عـــن حالات الإيذاء الجسيم قد تكون مضاره أكثر من فوائده).

المرحلة الثالثة:

تحديداً التعارضات القيمية وما ينجم عنها من توترات تـــستلزم الإختيـــار الأنسب من بين البدائل المتاحة (فمبدأ تقرير المصير يتعارض مع الوصاية المهنية) (ومبدأ السرية يتعارض مع الكشف عن البيانات لأســـباب مهنيـــة ملحة .. الخ).

المرحلة الرابعة:

تحديد المبادئ وفقاً للمواثيق الأخلاقية للتعامل مع الحالة (ربمـــا تتطلـــب العملية العلاجية إستشارة الزملاء أو فهماً آخر).

المرحلة الخامسة:

تحديد الخطوات التي يمكن القيام بها في ضوء تقييم الفوائد والمخاطر الناجمة عن القيام بأي خطوة من خطوات العلاج.

المرحلة السادسة:

ما الإلتزامات التي لها الأسبقية من قبل الأخصائي الإجتماعي (ما المبررات الأخلاقية لإتخاذ أي قرار من القرارات).

المرحلة السابعة:

ما الإنعكاسات أو ردود الفعل أو الآثار الجانبية .

المرحلة الثامنة:

بعد القيام بعمل ما هل أحدثت الحلول تضارباً بين العملاء - (Mattiani et-al , 1998)

الفصل الرابع

أخلاقيات ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية

في مجال الرعاية الصحية

تتمثل الإشكالية الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية على وجه العموم فيما يلي من أزمات يمكن أن تواجه الأخصائي الإجتماعي:

- مشكلة الأمومة والطفولة قبل الميلاد وهي خاصة بالجنين مثال: إذا كان الجنين يعاني من مشكلات جينية سيؤدي في النهاية إلى ولادة طفل معاق إعاقة مزدوجة وشديدة ، فهل نبقى على حياته ثم ولادته؟ أم أن القرار السليم هو إجهاضه؟ ومن الذي يتخذ قرار الإجهاض أو الإبقاء عليه؟ وفي أي مرحلة من مراحل الحمل؟
- قضية الأم ، فإذا كان الحمل يهدد حياة الأم بصورة حتمية، فهل يسمح بإجهاض الطفل حفاظاً على حياة الأم ؟ أم أن يستمر الحمل حرصاً على حياة الطفل ونضحي بالأم ؟ ومن يقرر إجهاض الطفل للإبقاء على حياة الأم؟ وفي أي المراحل من تخلق الجنين؟.
- قضية أمراض الكلى. متى يقرر المريض نزع كليته (إستئصال) وغسيل الكلى؟ وهل للمريض إمكانيات دفع تكاليف الغسيل وإذا لم تكن لديه هذه التكاليف فمن سيدفعها؟ أما الجانب الأخر فهو زراعة الأعضاء كزراعة الكلى، ومن هو الشخص الذي يتصل بالمتبرعين ، وهل المتبرعين على إستعداد للتبرع؟ ومن من يتم التبرع ، من الأقرباء أم من غيرهم؟

وإذا تعذر وجود متبرعٍ فهل يجوز شراء الأعضاء (لايجوز) وفي حالة ندرة الأعضاء البشرية فلمن تُعطي الأسبقية ؟ حسب الوضع الإقتصادي أم المكانة الاجتماعية أم حسب حالة المريض؟.

- مشكلة إتخاذ قرار إنهاء الحياة وهي ما يسمى (القتل الرحيم).
- في ممارسة الخدمة الاجتماعية على الأخصائي الإجتماعي مراعاة الفوارق الثقافية خاصة في مجتمع كالمجتمع السوداني متعدد الأعراق والثقافات والديانات واللغات.
- عملية إتخاذ القرارات المتعلقة بالقرارات الإيوائية للمرضى المسنين العاجزين عن رعاية أنفسهم والذين لايوجد من يوفر لهم الرعاية والأطفال من الأمهات غير المتزوجات الذين يحتاجون إلي رعاية صحية والمدمنين الذين يعانون من أمراض عقلية تشّكل خطراً على المجتمع أو مدى أحقيتهم كنزلاء المؤسسات الاجتماعية كالجانحين في الإصلاحيات أو نزلاء السجون وأحقيتهم في العلاج.
- قضية العدالة الاجتماعية في تقديم الرعاية الاجتماعية ، والسؤال الذي يطرح نفسه هو : إلي أي مدى توزع خدمات الرعاية الصحية توزيعاً عادلاً بغض النظر عن الأوضاع الإقتصادية والاجتماعية والسياسية (المواطنة وغير المواطنة) وهل معلومات إمكانيات العلاج متاحة للجميع بالتساوي أم أن هناك فوارق؟ وهل نوعية الرعاية الصحية المتوفرة للناس تختلف بإختلاف أوضاعهم الإقتصادية والاجتماعية أم أن هناك فوارق غير عادلة فيما بينهم؟.
- في كل بلدان العالم مهما بلغت من الثراء فإن هناك ندرة أو شح في الموارد المتوفرة للرعاية الصحية وبصورة شاملة وعامة والسؤال هنا:
- إذا كانت الموارد شحيحة من الذي يستحقها ومن الذي في أمس الحاجة إليها؟ هل أجعل من الخدمات الصحية مطروحة للتنافس عليها من خلال القرعة أو أعطى الأسبقية للمساهمين أو المؤمنين على أنفسهم أو أعطى الأسبقية للقادرين مالياً.
- إذا كان المريض يعاني من مرض مؤلم ومزمن وميئوس من علاجه وأراد أن يتخلص من حياته لأنها أصبحت حسب فهمه بلا معنى ، فهل نساعده على الإنتحاربطريقة لطيفة أو أمنعه من ذلك ؟ وإذا منعته من الذي سيتحمل

معاناته؟ وهل إشرك آخرين في إتخاذ قراراته إذا كان الشخص فاقد العقل ويشّكل خطراً؟.

- قضية الإنعاش، إلي متى سيظل المريض في غرفة الإنعاش ؟ هل إذا تم إنعاشه سيحي حياة طويلة ؟.
- إن هناك مجموعة من الضوابط كواجبات وعلى الأخصائي الإجتماعي مراعاتها وهي :
- على الأخصائي أن يكون على وعي بيموجبات الحياة بالنسبة للمرضى بالرغبة في الحياة أو الموت ومناقشة ذلك مع المرضى بصراحة وحتى لو وجد مقاومة في مناقشة هذه المواقف من قبل العميل أو من ينوب عنه أو مناقشتها مع الأطباء خاصة أن لدى الأطباء ميلاً لعدم التعمق في مناقشة حالة المريض خاصة إذا كان المريض من المشرفين الموت أو المحتضرين.
- على الأخصائي الإجتماعي التأكد من أن كل العملاء لهم الحق في الحصول على الرعاية الصحية حتى ولو كانت الحالة ميئوساً منها خاصة قد يعمل الطبيب على حفض الرعاية الطبية المقدمة للمريض بعد أن يتأكد أن حالته ميئوس منها ، وأن الأسرة قد أصبحت تعاني من عبءالعلاج لمريض ميئوس منه.
- إن دور الأخصائي الإجتماعي هو التأكد مع أن المريض على علم تام بكل ما يحيط به من إجراءات.
- على الأخصائي الإجتماعي أن يلعب دور الوسيط من المهن الصحية الأخرى ومع مختلف مؤسسات المجتمع التي يمكن أن تساعد في توفير العلاج للمرضى.
- على الأخصائي الإجتماعي أن يناقش مع المريض كل الإشكالات القانونية المتعلقة بوضعه الصحي حتى ولو إستعان بأشخاص آخرين كالواعظ ورجال الدين مثلاً لمساعدة المريض في تقبل حقيقة الموت.

- على الأخصائي الإجتماعي مراعاة الفوارق الثقافية والمعتقدات الخاصة بالمرضى حسب ثقافات العملاء ، فبعض الثقافات تعتقد أن المرض يعزي إلي العين الساحرة أو الحسد أو السحر الأسود(العمل) أو أنها عقاب من الله على ذنب أرتكب أو معصية أو أنها منة من الله وإختبار لعمق إيمان عباده الصالحين (المؤمن مصاب) ومراعاة الجوانب الثقافية تتطلب الأتي:

١) الإحساس اليقظ من قبل الأخصائي الإجتماعي.

٢) عدم إصدار حكم من منطلقاته الثقافية أو الدينية.

٣) تجنب الأحكام المسبقة على المرضى.

٤) إتاحة الفرص للمختلفين ثقافياً أن يشاركوا أو يتخذوا القرارات التي تهمهم.

٥) مساعدة المهنيين الآخرين في تفهم المعتقدات والثقافات المختلفة للمرضى (الأنثروبولوجيا الطبية)

٦) أن يكون وسيطاً بين الأقليات الاجتماعية وبين المجتمع العريض ليفهم المجتمع بأن الإختلافات الثقافية هي إختلافات طبيعية في أي مجتمع ، ولذلك يجب تقديرها وإحترامها بحكم حق المواطنةأو بحكم مقتضيات حقوق الإنسان سواء إن كان طفلاً أو ناضجاً أو إمرأة أو لاجئاً أو كائناً ما كان.

المعضلات التي يواجهها الأخصائي الإجتماعي الطبي في التعامل مع مرضى الأيدز:

نتيجة لإرتباط مرض نقص المناعة المكتسبة (الأيدز) بالإيمان والجنس والموت فقد أصبح هذا المرض من الأمراض التي تصم المصابين بها حتى أن بعض الدارسين شبهه بوباء الجدري أو الطاعون في القرون الماضية ، والأخصائيون الإجتماعيون يعرفون بصورة جيدة هذا المرض إلا أنهم يخشون إنتقال العدوى إليهم ويحاولون الإبتعاد عنه بصورة واعية أو غير واعية ، ولذلك

فإن المزيد من المعرفة عن هذا المرض مهمة للأخصائيين الإجتماعيين المهنيين الممارسين ولطلاب الخدمة الاجتماعية على حد سـواء . إن مـصدر الوصـمة لايتعلق بالمرض في حد ذاته ، ولكن الوصمة ترجع لعوامل أخرى، حيث كـان المرض عادة يصيب الشواذ جنسياً في بداياته وخاصة بين الرجال، ولذلك عرف في الولايات المتحدة الأمريكية بأنه مرض الشواذ جنسياً، وبما أنهم موصـومون من قبل المجتمع في الغالب فإن القائمين على أمر الخدمات الصحية كثيـراً مـا يتباطأون في محاولة معرفة المرض ونتائجه ووضع برامج لعلاجه.

إن الخوف المرضي من الأيـدز لايـشمل الأخـصائيين الإجتمـاعيين والعاملين في حقل الخدمة الاجتماعية فقط بل يشمل عامة الناس أيـضاً ولـذلك نصت المواثيق الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية في البلدان الغربيـة علـى ضرورة القضاء على التمييزالذي يمكن أن يمارس على مرضى الأيدز بـسبب سلوكياتهم الجنسية.

أيضاً إرتبط الأيدز بتعاطى المخدرات ، والمدمنون أيضاً من أكثر الفئات عرضة لمخاطر الأيدز، والخطورة أن مرض الأيدز مرض قاتل ، ولـذلك قـد ينظر إلي ضحاياه على أساس أنهم مواطنون لاقيمة لهـم ولاأخـلاق وشـفاؤهم مستحيل، ولذلك فإنهم لايستحقون المساعدة وهم الملامون على ما أصابهم ،إلا أن مثل هذه الآراء ينفيها الواقع العلمي بالنسبة لفئات معينةمن مرضـى الأيـدز ، فالأطفال الذين يصابون بالأيدز عن طريق أمهاتهم أو من تنتقل العدوى إليهم عن طريق نقل الدم الملوث لاذنب لهم فيما أصابهم أو حتى الأزواج الـذين ينقلـون المرض إلي الشريك الآخر دون علمهم ، فإن الطرف المـصاب نتيجـة لـذلك لايعتبر مسئولاً عن ما أصابه.

من جهة أخرى فإن الأيدز يعتبر وصمة بصورة أكبر للأقليات المحرومة أو المهمشة ولذلك فإن الميثاق الأخلاقي لممارسة الخدمة الاجتماعية يمنع منعـاً باتاً التفرقة بين الناس نتيجة لمرضهم أو إنتماءاتهم العرقية.

إن الخدمة الاجتماعية مع مرضى الأيدز تواجه أزمة أخلاقية ذات طبيعـة أخرى والتي تتمثل في ضرورة إجراء الفحوصات الطبية على من هم عرضـة

للإصابة كالجنين الذي تعاني أمه من مرض الأيدز أثناء الحمل أو الزوج الـذي تعاني زوجته أو الزوجة التي يعاني زوجها من مـرض الأيـدز، فالمـشكلة أو التساؤل هنا هو: هل يترك الخيار للمصابين المحتملين في إجراء الفحوصات أو يجبرون على ذلك؟.

وبما أن المرض قد إنتشر في منطقة معينة ، فهل تجري فحوصات جماعية لهذه المنطقة أم إنتقائية؟ وهل تفرض الفحوصات على كل المواطنين بغض النظر عن إحتمالات إصابتهم أو عدمها؟ .

قضية أخرى تواجه الوصمة العامة خاصة فيما يتعلق بالمتبرعين بدمائهم أو المتقدمين لشغل الوظائف في القطاع العام أو الخاص أو حتـي المقبلـين علـى الزواج، فهل تفرض الفحوصات على مثل هؤلاء أم لا ؟ وهل يتقبلونها بـصدر رحب؟.

بما أن التعامل مع مريض الأيدز يتطلب ترتيبات معينـة للمـصابين بـه وأحيانا قد تتطلب عزله أو إقصاءه عن الحياة العاديـة اليوميـة ، فـإن علـى الأخصائي الإجتماعي الطبي أن يلتزم إلتزاماً مطلقاً بمبادئ الخدمة الاجتماعيـة ومن أهمها مبدأ السرية لأن إفشاء المعلومات أو البوح بها لجهات غير معنية قد يؤدي إلي المزيد من عزلة المريض وتدهور حالته الصحية والنفسية والعقلية هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن الإلتزام المطلق بمبدأ السرية قد تكون له مخاطره على المحيطين بالمريض أو الذين يتعاملون معه خاصة وأن المريض قد يطـور إتجاهاً عدائياً أو إنتقامياً نحو المجتمع.

الفصل الخامس

الإشكاليات الأخلاقية وممارسة الخدمة الاجتماعية

في مجال العنف الأسري

مفاهيم العنف الأسري Family Violence Definition:

مجال العنف الأسرى يعتبر واحداً من المجالات التى تواجه الاخـصائي الاجتماعي فيها عدداً كبيراً من المآزق سواء فى تعريفاتها أو النظريات المفسرة لها أو التعامل معها .

هناك عدة مفاهيم للعنف الأسري ، وقد كان هناك خلاف حـول تحديـد مفهوم العنف الأسري أو العنف المنزلي Domestic Violence ، ويرى كل من فورمان Foreman ودالوس Dallos بأن بعض أنواع السلوك كالتهديـد والأذى الفعال ضد الغير والمرتبط بالسلوك الجنسي وغيرها من أنواع السلوك الأخرى ، من المحتمل أن يكون تحديد مفاهيم لها أمراً أكثر إلتباسا ، فهناك إقتـراح بـأن يكون هناك تحديد " ذاتي "Subjective" للمفهوم المرتبط بالمدى الذي يمكن أن يوافق عليه كلى الزوجين على شكل السلوك المقبول في العلاقة بينهمـا، وبنـاء على ذلك فقد يون هناك نقاش عن المعنى والمحيط الرئيسي للعنـف بمعنـى أن العنف من قبل الرجال نحو النساء مثلاً يختلف عن العنف من قبل النـساء نحـو الرجال(١١: ١٩٩٣ ' Foreman Dallos) وسنطرح في هذا السياق بعـض المفاهيم المرتبطة بمفهوم العنف الأسري.

مفهوم العنف الأسري Family Violence:

يعرف العنف الأسري بأنه سلوك عدواني وعدائي بين أفراد الأسـرة ، ينتج عنه الضرر أو الأذى أوالإذلال وفي بعض الأحيان يصل الأمر إلـي حـد الوفاة ، فضلاً عن الإيذاء البدني أو الإغتصاب أو تدمير الملكية، أو الحرمان من الإحتياجات الأساسية (٥٥: ١٩٨٧ ' Barker).

كما يعزي هذا العنف الأسري إلي إرتكاب الإيذاء العاطفي أو البدني/ أو الجنسي ، على أحد أفراد الأسرة أو عليها جميعها، أما بطريقة متعمــدة أو عــن طريق الإهمال (٤٦٥ ــ ٤٦٤: ١٩٨٧ 'Star).

أما العنف المنزلي (Domestic Violence) فيعرف على أنه الإيــذاء الموجه للأطفال أو المسنين ، أو الزوجين أو أحد الآخرين الموجودين في المنزل عن طريق أفراد آخرين من الأسرة ، أو أحد المقيمين معها، كمــا يــشير هــذا المصطلح إلي المشكلة الاجتماعية الخاصة بتعرض ملكية أو صحة أو حياة أحد أفراد الأسرة للخطر أو الأذى كنتيجة للسلوك المتعمد من قبل فــرد أخــر (٤٤: ١٩٧٨ Barker).

أنواع العنف الأسري:

١/ الإيذاء بين الشريكين	Spouse Abuse
٢/ الإيذاء الموجه للأطفال	Child Abuse
٣/ العنف بين الإخوة	Sibling Violence
٤/ عنف الأبناء ضد الوالدين	Child to parent Violence
٥/ الإيذاء الموجه للمسنين	Elder Abuse

ويمكن أن يكون هذا العنف الأسري أو الإيذاء الموجه لأحد أفراد الأسرة إما:

أ/ إيذاء بدنياً	Physical Abuse
ب/ إيذاء نفسيا	Psychologic Abuse
ج/ إيذاء إجتماعياً	Social Abuse
د/ إيذاء قانونياً	Legitimate Abuse
هـ/ إيذاء جنسي	Sexual Abuse

مفهوم الإيذاء:

يعرف الإيذاء بأنه سلوك خاطئ يتسبب في إحداث إيذاء بدني أو نفسي أو مادي لفرد أو جماعة وهو ناتج عن أعمال متعددة أو لامبالية ، تؤدي إلي أن يتضرر الشخص أو يؤذى أو يقتل.

ولقد كان هناك إهتمام كبير موجه نحو موضوع الإيذاء الموجه للأطفال ، ولكن تم التركيز حديثاً بشكل أكبر على الإيذاء الموجه للمسنين ، أما الإيذاء بين الشريكين (الزوجين) فهو يرجع بصورة أكبر إلي العنف المنزلي ، كما تميز أغلب التفسيرات accounts حالياً بين الإيذاء البدني والعاطفي والجنسي بأشكال مختلفة عن الإيذاء الذي قد يتداخل أو يتفاعل مع بعضه البعض ، إلا أن الإيذاء البدني من المرجح أن يكون مصاحباً للإيذاء العاطفي ، كما يمكن أن يحدث الإيذاء العاطفي مستقلاً عن النوعين (Thommas 8 Pierson ،١٩٩٥ :٢).

النوع الأول: الإيذاء بين الشريكين Spouse Abuse

ويعرف بأنه الضرب لإحداث إيذاء بدني أو عاطفي على أحد الزوجين ، وفي الغالب يكون موجهاً نحو الزوجة (Barker ،١٩٨٧ :١٥٧).

ويعرف العنف الموجه من الزوج نحو الزوجة بأنه السلوك الذي يتسم بالعدوانية تجاه المرأة ، والذي يتم داخل نطاق الأسرة بواسطة الرجل ، في ظل نظام الزواج السائد ، ويتخذ هذا السلوك العدواني ــ الذي يتسم بإستخدام القوة ــ صوراً وأشكالاً مختلفة منها:

٢

الإعتداء على المرأة باللفظ (السب والشتائم) أو الهجر أو الإمتناع عن الإنفاق أو الإعتداء عليها بالضرب أو بالطرد من المنزل ، أو الإعتداء الجنسي أو التعذيب البدني ليصل إلي أكثر أنواع العنف قسوة وهو القتل.

كما أن البحث في الإيذاء الموجه للزوجات حديث نسبياً، لذلك فالمعلومات المتوافرة عنه حالياً غير كافية وخاصة في الدول النامية، بالإضافة إلي أن الإحصاءات التي أخذت من الدول الغربية كالولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة ليس هناك ما يقابلها في الدول الأخرى كالدول النامية، كما إن الطرق

الحالية لتقدير وقياس النسب الإحصائية لضرب الزوجات يصعب الثقة بها، لأن الإبلاغ عن مثل هذه الحوادث غير دقيق (United Nations '١٩٩٤ :١٧) .

النوع الثاني: الإيذاء الموجه للأطفال Child Abuse :

ويعرف بأنه الضرب المتكرر لإحداث أذى بدني أوعاطفي على القاصر (الذي لم يبلغ سن الرشد) من خلال توجيه الضربات المتعمدة له أو العقاب البدني غير المتحكم به أو السخرية والإهانة المستمرة أو الإيذاء الجنسي، والذي عادة ما يرتكب من الوالدين أو الآخرين المكلفين برعاية الأطفال.

وهناك عدة تصنيفات للإيذاء الموجه للأطفال وهي كالأتي:

(آل سعود ، منيرة بنت عبد الرحمن بن عبد الله ، ١٩٩٩م ، إيذاء الأطفال، رسالة دكتوراة ، قسم الإجتماع ، جامعة الملك سعود ، الرياض)

أ/ **الإهمال**: وهو الإهمال الدائم أو المتقطع للطفل أو القصور في حمايته من أي نوع من أنواع الخطر الذي قد يتعرض له ، مثل تعرضه للبرد أو الجوع أو القصور في توفير الرعاية اللازمة له، والخاصة بصحة الأطفال أو نموهم.

ب/ **الأذى البدني**: وهو الأذى الفعلي أو المحتمل للطفل أو القصور في منع حدوث الأذى البدني (أو الألم) عنه بالإضافة للتسمم المتعمد أو الخنق.

ج/ **الأذى الجنسي**: وهو الإستغلال الجنسي الفعلي أو المحتمل للطفل أو المراهق.

د/ **الأذى العاطفي**: وهو النبذ ذو التأثير المعاكس والمتقطع على النمو العاطفي والسلوكي للطفل مما يخلق لديه معاملة عاطفية مضطربة سواء كانت دائمة أو متقطعة ، كما أن كل أنواع الإيذاء الجسدي تتضمن بعض التعاملات العاطفية المضطربة ، والإيذاء العاطفي سواء كان واقعاً على الكبار أو على الصغار، فإنه يقصد به تحقير المعتدي عليه من قبل المعتدي، ونتيجة للتكرار المستمر لهذا التحقير قد يعتقد المعتدي عليه بأنه بالفعل يستحق هذا التحقير أو الإذلال والإهانة وأنه مكروه ولايحبه أحد من حوله.

هـ/ **الإيذاء النفسي:** ويرتبط الإيذاء النفسي إرتباطا وثيقا بالإيذاء العاطفي ، ولكن الإيذاء النفسي تصحبه أساليب محددة كالإبتزاز والتهديد والتظلم واللوم الشديد والتقريع القاسي والتدمير.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الأذى الجسيم للأطفال بالأذى الجنسي على وجه التحديد بإستعمال السلطة أو القوة وإجبارهم على ذلك سواء بإستخدام القوة الجسدية أو الإغراء بالمال أو الهدايا أو الإبتزاز والتهديد بأنه سوف يفضح أمره إذا لم يتجاوب الطفل مع معتدى والإيذاء الجنسي للأطفال سواء كانوا ذكورا أو إناثاً يشتمل على أشكال عديدة كالإتصال أو الملامسة أو الإحتكاك أو الملاطفة أو التدليك وتوظيف أعضاء الأطفال في ممارسة العادة السرية كاستخدام يد الطفل أو الممارسة عن طريق الفم أو المهبل أو الشرج كما يشمل الإيذاء أيضا إستخدام الأطفال في مجال الدعارة أو الصور الفاضحة أو حتى إستعراض الأعضاء الجنسية أو إظهارها أمام الطفل.

أما التعريف القانوني لإيذاء الطفل فإنه يشير إلي مدى أوسع من السلوك الذي قد يكون قاصراً على الإيذاء المتعمد كما قد يتضمن أي فعل جسدي أو قول أو إشارة تعوق نمو الطفل كفرد في المجتمع بغض النظر عن من يقوم بهذا الإيذاء ، ويتراوح الإيذاء الجنسي بين الخفيف والمتوسط والشديد وقد يفضي إلي الموت أحياناً فالقوانين تعرف المصطلحات وفقا لما يلي:

١/ الطفل:

هو الشخص تحت سن (١٨) من العمر.

٢/ الإيذاء الجسدي:

هو تعريض الطفل لعقوبة قاسية وغير مشروعة ومقصودة وغير مبررة.

٣/ الإيذاء الجنسي:

ويقصد به العدوان الجنسي أو الإستغلال الجنسي.

٤/ الإعتداء الجنسي:

هو كل أفعال الإغتصاب التي تتمثل في ولاتقتصر كلها بالضرورة على:

- الإعتداء مهما كانت درجته على فتحة مهبل أو شرج أو فم لطفل ما بواسطة قضيب شخص آخر أكبر منه.
- أي إتصال جنسي بفتحة مهبل أو شرج أو لسان أو فم من شخص إلي أخر.
- أي تعدي من شخص علي شخص آخر بفتحة مهبل أو شرج بما في ذلك إستخدام آلة مالم يكن الهدف طبياً مسموحاً به.
- اللمس أو الإحتكاك المتعمد لأعضاء تناسلية لشخص آخر أو للمنطقة المحيطة بهذه الأعضاء أو الردفين أو الصدر سواء كانت هذه الأعضاء للمعتدي عليه أو تخص الشخص المعتدي.
- القيام بأفعال الإستمناء بصورة مقصودة مكشوفة أمام الطفل أو إستخدام يد الطفل أو أجزائه في العملية.

٥/ الإستغلال الجنسي للأطفال ويتضمن الأتي:

- الإشتراك في أعمال فاضحة أو الفواحش.
- إشتراك الطفل في أعمال الدعارة أو مشاهدة سلوكيات جنسية خليعة وحية أو مصورة.

٦/ إهمال الأطفال ونبذهم

أخلاقيات ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال حماية الأطفال من الإيذاء الجسيم:

في مجال رعاية الطفولة يتمثل الهدف الأساسي للخدمة الاجتماعية في تخطيط للسياسات التي تؤدي إلي تطوير حفظ الأطفال أو إبقاء الأطفال مع أسرهم الطبيعية ما أمكن ذلك أو تحويلهم إلي أسر بديلة وتجنب إيداعهم المؤسساتالاجتماعية وتقود مثل هذه السياسات إلي تطوير الخدمات الوقائية لدعم ومساندة الأسر ، ومن ثم تجنب الرعاية الإيوائية والحالات التي يضطر فيها الأخصائي الإجتماعي أو تتطلب منه أخلاقيات المهنة وحماية الأطفال تتمثل في الحالات التي يواجه فيها الأطفال خطراً ماثلاً على حياتهم ، ومن ذلك مثلا حالات الأذى الجسيم أو الإهمال الذي من المتوقع أن يتعرض له الأطفال والتحدي الذي يواجه الأخصائي الإجتماعي فى مثل هذه الحالات يتمثل في بعدين أساسيين:

١. كيفية التحري والتقصي عن الأذى الذي يواجه الأطفال وماهي الأدوات التي يستخدمها.

٢. كيفية الإبلاغ عن الحالة وفي غالب الأحوال أن الأطفال الذين يتعرضون للأذى الجسيم قد تلحق بهم جروح أو كسورتتطلب علاجاً من قبل المؤسسات الصحية كالمستشفيات ، ولكن المشكلة هنا أيضا أن المعتدي من أفراد الأسرة سواءإن كان الأب أو الأم أو الأخ غالباً ما يحفي السبب الأساسي للأذى الجسيم ، فمن تكسر يده من الأطفال قد يعزي السبب في حالة التشخيص الطبي إلي السقوط أو حدوث عارض ، وفي مثل هذه الحالات فإنه لابد للأخصائي الإجتماعي أن يعمل بصورة لصيقة مع وحدات حوادث أو طوارئ للأطفال في المستشفيات لكي يقدر فيما بعد أين يودع هذا الطفل لحمايته.

وفي ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأطفال فإن على الأخصائيين الإجتماعيين أن يقوموا بدراسات يتوصلون فيها إلي المواقع والأحياء التي يمكن أن يقع فيها الإهمال أو الأذى الجسيم للأطفال أو تحديد الأماكن التي يؤوي إليها الأطفال في حالات إهمالهم أو تجاهلهم من قبل أسرهم والتدخل في مثل هذه الحالات يكون مبنياً على التساؤلات الأتية:

- ما الذي يجب عمله في كل حالة من الحالات التي يقف عليها الأخصائي الإجتماعي ؟.
- ما الجهة التي يمكن للأخصائي الإجتماعي أن يبلغها عن الأذى ؟.
- ما الأدلة التي يمكن أن يضمنها الأخصائي في تقريره في إبلاغه عن الحالة؟
- إذا تبين للأخصائي الإجتماعي أن لاضرورة للإبلاغ عن الحالة فماهي الأسباب التي دفعته إلي ذلك ؟ ومن تلك الأسباب:
- التأكد من عدم توفر الإمكانيات من الجهة المعنية.

- إن الإبلاغ يتعارض معارضة أساسية مع القيم والعادات المجتمعية والخصوصيات الأسرية كحالات الحمل أو الإنجاب غير الشرعية في المجتمعات الإسلامية.
- أن الإبلاغ عن الحالة قد يتعارض معارضة أساسية مع قيم ومبادي الخدمة الاجتماعية ومبدأ السرية والتقبل وتقرير المصير.
- الإبلاغ عن الحالة قد يقود إلي المزيد من الإيذاء الذي يلحق بالأطفال ، فالأطفال قد يكونون صغاراً جدا أو عاجزين تماما عن تحمل مسئوليتهم كعملاء ، كما أن المجتمع قد لاتتوفر لديه إمكانيات أو موارد رعاية أسرية بديلة ، وإذا توفرت فقد تكون أسوأ من الظروف الأسرية التي يعيشها هؤلاء الأطفال.

٣/ تحديد خصائص المعتدين على الأطفال:

يمثل المعتدون مجموعة غير متجانسة ويمكن أن يكونوا من أي فئة عمرية أو عرقية أو من أي خلفية إجتماعية إقتصادية ، ولم تجر عليهم أي إختبارات نفسية أو تصنيف يميز بينهم، إلا أن كثيرا من البالغين من المعتدين قد أقروا بأنهم قد إرتكبوا أنواعا أخرى من الجرائم ، علماً بأن معظم الذين تعاملت معهم السلطات منهم، ليست لديهم سوابق إجرامية ، ومن ثم فإنه لاتوجد خاصية أو منظومة خصائص يمكن أن تؤكد أو تستبعد إمكانية أن يكون فرداً ماقد مارس سلوكا جنسياً غير سوى مع أطفال.(412-458: 1999 Berliner).

والمعتدون على الأطفال قد يكونون قد مارسوا من قبل أنواعا متعددة من السلوك الجنسي غير السوي ، فقد توصلت بعض الدراسات إلي أن نصف المعتدين الذين أقروا بأنهم قد عرضوا بناتهم هم بأنفسهم للإيذاء الجنسي، قد عرضوا أيضا بنات لايمتتن إليهم بصلة للإيذاء الجنسي، كما أقر ٢٠% منهم بالقيام بإغتصاب نساء أخريات والمعتدي العادي غالبا يعتدي على عدد محدود من الحالات ، أما البعض وخاصة الذين يفضلون العدوان على الأولاد ، فقد يصل ضحاياهم إلي المئات، ونصف هؤلاء المعتدين يبدأون عدوانهم في مرحلة

المراهقة ، كما أن ربع المعتدين من الرجال قد تعرضوا للإيذاء الجنسي عندما كانوا أطفالا ، والشئ نفسه قد ينطبق على المعتديات من النساء.

ودوافع العدوان متباينة بين المعتدين ولكن الذين يسيئون معاملة الأطفال كمجموعة لديهم رغبة جنسية نحو الأطفال، وقد أثبتت الدراسات أن لدى من يرغبون جنسيا في الأطفال إستراتيحيات يعرفونها وجربوها للإيقاع بهؤلاء الضحايا.

خصائص المعتدين بالإيذاء:

والإيذاء الجنسي يتم بطرق متنوعة سواء بإستخدام القوة أو التهديد بإستخدامها أو الخوف من إلحاق جروح بالضحية ، كما أن القتل قد يحدث بنسب لها وزنها بين الحالات، وفي حالات أخرى فإن المعتدين قد يمارسون عمليات إيقاع تدريجي بالضحية عبر علاقات تأخذ مع مرور الوقت أبعاد إيذاء جنسي متعمد وفقا لإستراتيجيات أقر بها المعتدون أنفسهم كما ذكر(412 – 458 – Berliner) قام كل من (Perrlin and Perrlin,1999: 70 -75) بدراسة السمات الشخصية للمعتدين الذين يعرضون الأطفال للإيذاء الجسدي الجسيم، وقد توصلا إلى النتائج التالية:

١/ الصعوبات السلوكية والإنفعالية:

- التعبير عن الغضب الذاتي.
- الإكتئاب.
- عدم القدرة على تحمل الإحباطات.
- احتقار الذات.
- التزمت.
- عدم القدرة على السيطرة على الغضب.
- خلل عاطفي.
- القلق.

- ضغوط الحياة والضغوط الشخصية.
- الإدمان.

٢/ الصعوبات العائلية وصعوبات العلاقة الشخصية مع الآخرين:

- الصراع بين الزوجين (القرينين).
- تاريخ تعرض للإيذاء في مرحلة الطفولة .
- خلل في التفاعل الايجابي مع الطفل ومع بقية أفراد الأسرة.
- العزلة عن الأصدقاء وعن المجتمع.

صعوبات الوالدية:

- توقعات غير واقعية من الأطفال .
- تجاهل مقدرات الطفل واحتياجاته.

الفصل السادس

العنف ضد المرأة

ويقصد بالعنف ضد المرأة هنا، العنف ضد الزوجة على وجه التحديد وفي مجال الخدمة الاجتماعية هناك مجموعة من النظريات التي تفسر هذا العنف.

نظرية مراحل العنف:

في عام ١٩٧٨م حددت "Lenore Walker" في كتابهـا المـرأة التـي تتعرض للضرب "The Battered Woman" ثلاث مراحـل لـدورة العنـف الأسري ".http// undp.org /rblac / Domestic Violence, chapter,8" "Neidig and Friedman, 1984: 44 -48".

المرحلة الاولى: بناء التوتر (The Tension Building)

وفي هذه المرحلة يصبح المعتدي شيئا فشيئا عرضة للإستجابات الـسلبية نتيجة للإحباط، وتتصاعد تدريجياً مظاهر العنف الأسري من إسـاءات بـسيطة يمكن تبريرها والتقليل من شأنها من قبل الزوج والزوجة على حد سواء. وتحاول الزوجة بقدر الإمكان أن تتجنب الزوج، وتتحلى بضبط النفس، ظناً منها أن هذه التصرفات ستحول دون تصاعد العنف، إلا أن تقبل الزوجة السلبي للعدوان مـن قبل الزوج سيثير غضبه ولا يحاول السيطرة على نفسه.

والزوجات اللائي يتعرضن للأذى الجسيم لفترة مـن الزمـان سـيعرفن بالتدريج أن هذه الإساءات البسيطة ستتصاعد نحوالأسواء، مما يضاعف من شدة التوتر الذي يفقدهن بسرعة القدرة على ضبط النفس،وتتسم هذه المرحلة بالنـسبة للمعتدي وللمعتدي عليها بالسمات التالية:

١/ سمات المعتدي:

- الخوف من أن تتركه الزوجة
- تجنب الزوجة له سيجعله أكثر تسلطاً وغيرة وأنانية

- مع تصاعد التوتر بين الزوج والزوجة تفشل تقنيات التوافق التي يتبعهـا كل واحد منهما في تدارك الموقف، ويصبح كل منهما أكثر هياجاً.
- مع ازدياد ايقاعات الإساءات البسيطة ، يزيـد المعتـدي مـن طغيانـه ووحشيته وعنفه واستبداده.

٢/ سمات المعتدى عليها:-

- تصبح الزوجة غير قادرة على استعادة التوازن كما كانت تفعل في بداية هذه المرحلة.
- تصبح الزوجة مرهفة نتيجة للضغوط المستمرة عليها، مما قد يؤدي إلى المزيد من إنسحابها.
- كل حركة تقوم بها الزوجة تخضع لسوء الفهم وسوء التفسير مـن قبـل الزوج.
- الزوج لا يعطي الزوجة أي فرصة لإلتقاط أنفاسها.
- يفقدان السيطرة على نفسيهما، فيلجأ الزوج إلى محاولة فرض سيطرته عن طريق الضرب أو تعريض الزوجة للأذى الجسيم بأي وسيلة ، ممـا يمهد الطريق للمرحلة الثانية من مراحل العنف الأسري.

المرحلة الثانية: الضرب المبرح "The Acute Battering"

المرحلة الثانية هي مرحلة تفريغ توترات لا يمكن السيطرة عليها وتطورت في المرحلة الأولى، فعدم القدرة على ضبط النفس والأفعال المدمرة تميز المرحلة الثانية عن الإيذاء الجسدي البسيط في المرحلة الأولى.

وتبدأ المرحلة الثانية في وهلتها الأولى، بتقبل المعتدي والضحية معاً، بأن غيظ أو غضب المعتدي لم يكن في الإمكان السيطرة عليه، وقد يظن المعتدي أنه بفرض سيطرته، قد قصد إلى أن يعطي زوجته درساً، ولكنه قد يكتـشف فـي الوقت نفسه أن ما سببه من أذى لزوجته قد فاق حد تصوره، فيعجز عن تفسير ما قد حدث بالفعل، ومن خصائص أو سمات المعتدي والمعتدى عليهـا فـي هـذه المرحلة ما يلي:

١/ **سمات المعتدي:**

- صدمة أولية
- النكران
- عدم تصديق ما حدث
- ايجاد مبرر وعقلنة ما حدث.

٢/ **سمات المعتدى عليها:ـ**

- ردود فعل مشابهة لردود فعل ضحايا الكوارث والنكبات.
- انهيار نفسي بعد مرور ٢٤ – ٤٨ ساعة بعد تعرضها للضرب المبرح لأول مرة.
- أعراض الإنهيار النفسي قد تتضمن اللامبالاة والاكتئاب وانعدام الحيلة.
- لا تسعى لطلب المساعدة أو التدخل الخارجي إلا بعد مرور ٢٤-٤٨ ساعة على تعرضها للضرب المبرح أو العدوان الجسيم بوسائل أخرى.

المرحلة الثالثة: الهدوء والمهلة المحببة (Calm, loving Respite)

إذا كانت المرحلة الثانية تتسم بالوحشية، فعلى العكس من ذلك، فإن المرحلة الثالثة تتسم بالحنان المفرط والمحبة وتهذيب السلوك ورقته من قبل الزوج المعتدي عندما يعرف بأنه قد تمادى في عدوانه إلى أبعد الحدود، ولذلك فإن هذه المرحلة تلقى قبولاً من كلا الطرفين، ولكن يا للسخرية، فإنه من خلال هذه المرحلة نفسها تكتمل دائرة العنف ضد المرأة، ومن سمات المعتدي والمعتدى عليها ما يلي:

١/ **سمات المعتدي:**

- نمط سلوك جذاب ملؤه المحبة
- اظهار الندم لما بدر منه في المرحلتين السابقتين.
- إعطاء الوعود بأنه لن يعود مرة أخرى لما فعله .

٢/ **سمات المعتدى عليها:**

- تعتقد أنها يجب أن تقف إلى جانب زوجها في أوقات الشدة.

- في هذه المرحلة تعتقد الزوجة أن رقة زوجها ودماثة اخلاقه وسلوكه وإظهاره محبته لها، تعكس شخصيته الحقيقية، وما العنف الذي أظهره إلا سمة عارضة لن تتكرر، ومن ثم فإنه ينبغي تجاوز ما قد حدث، وأنه فقط قد يحتاج إلى مساعدة خارجية لكي لا يعود مرة أخرى إلى تعريضها للأذى حتى يظل محباً ودوداً كما كان طوال الوقت.
- ترى الزوجة في نفسها قنطرة عبور لزوجها ليصل إلى بر السعادة والأمان.
- بما أن الزوجة تتمتع بكل امتيازات الزوجية في هذه المرحلة، فإنه سيصعب عليها أن تطلب الإنفصال أو الحماية القانونية.
- عندما تصر على البقاء في بيت الزوجية، فإنها تؤسس موقفها هذا على المرحلة الثالثة من دائرة الأذى الجسيم، وتتناسى ما لحق بها في المرحلتين الأولى والثانية.
- وفي النهاية، فإن الزوجة ، ستكشف بأنها كانت تتاجر بعواطفها وأنها تدور في حلقات مفرغة من الأذى الجسيم الذي يعقبه حب فياض لا يطول أمده، فينتابها شعور بإحتقار نفسها والخجل منها وكراهيتها، وخاصة عندما تتلاشى المرحلة الثالثة كلية من دائرة العنف الأسري وتقتصر الدائرة على المرحلتين: الأولى والثانية "http:// undp. Org/rblac/chapter 8, Domestic Violence"

منظور آليات الدفاع عن النفس: "Defense Mechanisms"

يفسر منظور الدفاع عن الذات، كما توصل إلى ذلك كل من "Neidigeand Friedman,1984: 4448" الآثار المترتبة على العنف الأسري ضد المرأة في ضوء عدد من المرتكزات. ففي حالة العنف الزواجي، فإن الشخص المعتدي مقتنع عموماً بالأنماط التي ترى أن العنف ضد أعضاء الأسرة يعتبر سلوكاً غير مقبول، ولكن تفعيل أو تنشيط هذه القيمة الأخلاقية يتم تحييده من خلال توظيف آليات الدفاع عن النفس بما يفسح المجال لحدوث العنف

الأسري مرات أخرى، وبتوظيفه لهذه الآليات، فإن المعتدي ينظر إلى نفسه بأنه هو الضحية لإثم يرتكب ضده أكثر من كونه هو الآثم نفسه.

وهذا التبرير يهيئ المسرح لاستمرارية دائرة العنف، ومن الأمثلة على آليات الدفاع عن النفس وكيفية توظيفها بواسطة المعتدين من الازواج ما يلي:

١/ **النكران**: Denial

والنكران من أكثر أنواع الدفاع عن النفس بدائية لانه محاولة للتعامل مع الحقائق غير السارة بتجاهلها فقط أو رفض الاعتراف بوجودها أصلاً للأسباب التالية:

- المعتدون قد يصرون، ببساطة، على أن الأحداث الموثقة بصورة جيدة لم تحدث أو أنهم لا يتذكرونها أو أنهم هم ليسوا الأشخاص المعنيين بها.
- تكرار حادثة العنف قد يحدث من الزوج المعتدي والزوجة المعتدى عليها على حد سواء، بالاصرار على أن ما حدث ليس أمراً خطيراً أو مزعجاً، وأن ما حدث لن يحدث مرة أخرى ، وأن خلافاتها قد سويت.

٢/ **الكبت**: Repression

- الذكريات المؤلمة للعنف الأسري يتم استبعادها عن الوعي ليتم نسيانها كلية وليس نكرانها.
- إنتقاء ما يمكن تذكره من تجارب الحياة الزوجية.
- الزوجة المعتدى عليها تستطيع أن تتذكر بألم شديد التفاصيل الدقيقة لأحداث تعرضها للأذى الجسيم، وكأنها تحدث الآن لشخص آخر في شريط مصور يعرض بالحركة البطيئة أمام ناطظريها.
- الزوج المعتدي، على العكس من الزوجة المعتدى عليها، عندما يستعيد أحداث العنف، فإنها تبدو أحداثاً متقطعة ولا صلة بينها وغامضة وبها كثير من الفجوات التي لا يمكن إعادة بنائها.

٣/ الإسقاط: Projection

- يقوم الزوج المعتدي بتحميل مسؤولية سلوكه العدواني للزوجة المعتدى عليها، وهو الضحية لافعالها، لأن أفعالها هي التي تدفعه إلى ضربها، وهذا خطؤها وعليها أن تتحمل مسؤولية ذلك، لأنها تعرف تماماً بأنه ما كان عليها أن تتصرف تصرفاً أخرقاً، أو قد يقول بأنها هي التي بادرت إلى ضربه، كما قد يوجه المعتدي لومه للقدر أو لسوء الحظ أو إلى السكر أو لضغوط العمل.

٤/ الإحلال: Displacement

- يقصد بالإحلال الخلع والإحلال، بمعنى تحويل الانفعالات من موقف أو شخص محبط أصلاً إلى موقف أو إلى شخص آخر.
- فالموظف المتزوج الذي لا يستطيع أن يعتدي بالضرب أو الركل على رئيسه في العمل الذي يسئ إليه، قد يعمد، بوعي أو بلا وعي منه، إلى استهداف زوجته ليصب عليها جام غضبه.
- اذا حلّ غضب الزوج بالزوجة، وعرضها الزوج للأذى الجسيم، فإن الزوجة ، بدورها قد تحول غضبها إلى أطفالها، واطفالها بدورهم، قد يحولون غضبم إلى اخوتهم (وعلى الباغي تدور الدوائر: دوائر العنف الأسري).

٥/ طلب التسامح بالوعود: Undoing

- يدين الزوج المعتدي سلوكه غير المقبول اخلاقياً واجتماعياً.
- يعتذر الزوج ، ويطلب من الزوجة التسامح.
- يعد الزوجة ببداية جديدة وبالإقلاع عن تعريضها للأذى الجسيم مرة أخرى.
- (تذهب وعود الزوج أدراج الرياح) لأن السلوك العدواني قد تم تعلمه سواء بواسطة الزوج أو الزوجة وتم دعمه وترسيخه سواء بوعي أو بلا وعي منه.

نظرية العجز المتعلم: Theory of Learned helplessness

لقد سبق أن تناولنا هذه النظرية كواحدة من النظريات التي تفسر اسباب العنف الأسري، ولكن كثيرا من الدارسين رأوا ايضاً، أن هذه النظرية يمكن أن تفسرالآثار المترتبة على العنف ضد المرأة وفقاً لما يلي:

تقوم هذه النظرية على دليل مقدمي الرعاية الصحية عن العنف الأسري الذي اصدره قسم الصحة بولاية كولورادو الأمريكية في عام ١٩٩٣م، والنظرية النفسية لتعلم العجز، نظرية نفسية تصف ما يحدث للزوجة عندما تعجز عن التنبؤ بالأفعال التي يكون لها مردود معين، وهذا يطلق عليه في علم النفس عدم التلازم بين الفعل ورد الفعل، والتي لها آثارها المدمرة على الحياة الزوجية وفقاً لما يلي من خصائص المعتدي وخصائص المعتدى عليها:

١/ خصائص الزوج:

- يشعر الزوج المعتدي بأنه عاجز عن الاقلاع عن العنف.
- يشعر بأنه غير قادر على فهم لماذا لا يستطيع السيطرة على الضحية التي تطيعه احياناً ولا تطيعه أحياناً أخرى، فتجعله يستشيط غضباً.
- في الغالب يصدم الزوج المعتدي بمستوى غضبه الشديد وعدوانه الذي لا يعرف كيف يسيطر عليه أو يتوقف عنه.
- يتوسل إلى زوجته أن تصفح وأن تتسامح معه.
- يعتقد المعتدي بصدق أنه لن يعرض زوجته التي أحبها للأذى مرة اخرى، وأنه قادر على ضبط النفس من هنا فصاعداً.
- يعتقد في قرارة نفسه، بأنه قد لقن زوجته درساً لن تنساه، ومن ثم فإنها حتماً ستقلع عن السلوك الذي أدى إلى عدوانه عليها.
- المعتدي جاد، إلى حد كبير، في ما يعتقده وما يعد به، ومن السهل عليه أن يقنع أي شخص له صلة به، بأن سلوكه سيتغير.

- يقوم المعتدي بحملة نشطة للحيلولة دون انفصال الزوجة عنه، وقد يجبر في هذه الحملة كل أقرباده واصدقائه ومعارفه وبعض المهنيين لإقناع زوجته بالإبقاء على علاقتهما الزوجية.
- من المألوف أن يمطر المعتدي زوجته بالهدايا ومحاولة خلق أجواء رومانسية يسودها التسامح في هذه المرحلة.
- كل من يحيطون به سيصدق المبررات التى ساقها المعتدي لعدوانه، سواء بالاعتذار عما فعله أو عزاه إلى إرهاق العمل أو لغياب وعيه تحت تأثير المسكرات أو المخدرات أو أنه سيتغير أو أنه محتاج إلى مساعدة الضحية أو أن الأطفال يحتاجون إلى والدتهم.

٢/ خصائص الزوجة المعتدى عليها:

- الزوجة التي تتعرض للضرب وتحاول أن تحمي نفسها وأسرتها بقدر المستطاع، فإنها عندما تعاني من تعلم العجز، فإنها ستختار الأفعال ذات الإحتمالية العالية لتحقيق النجاح، ولكن هذه الأفعال قد يصاحبها الفشل في التعامل مع الزوج المعتدي.
- عندما تعتقد الزوجة أن سلوكها يؤثر في بعض الاحيان في زوجها بصورة ايجابية وبصورة سلبية في أحيان أخرى، فإنها تصبح غير قادرة على التنبؤ بردود فعله.
- وعندما تصبح الزوجة عاجزة عن التنبؤ، فإنها لا تبحث عن بدائل سلوكية أخرى كالهروب مثلاً، لأنها لا تعرف ما يمكن أن يجلبه عليها هذا السلوك من تبعات أذى جسيم من قبل زوجها أو في الحياة العامة، فتتمسك بسلوكياتها القديمة حتى ولو جلبت عليها الأذى الجسيم الذي تعرفه (فشر تعرفه خير من شر لا تعرفه).
- في النهاية، يصبح هم الزوجة الأساسي هو: كيف تتعامل مع الأذى الجسيم طالما أن كل اساليبها قد باءت بالفشل لإيقافه، كما أنها تتعلم تدريجياً أنه ما من أحد يمكن أن يمد لها يد المساعدة سواء من الأهل أو الأصدقاء أو من الأجهزة الرسمية وغير الرسمية.

- عندما تصل إلى اليأس وتغلق أمامها جميع الآفاق، فإنها قد تلجأ إلى سلوكيات انسحابية أو حقيرة قد تصل إلى درجة إدمان المخدرات، كما قد تطالب بإسقاط أي تهمة عن زوجها أمام الشرطة أو المحاكم، لأنها تعتقد بأن الزوج صاحب فضل عليها.
- عندما تشعر الزوجة المعتدى عليها بفضل الزوج عليها، فإن هناك مدخلاً نظرياً آخر لتفسير هذا الاثر السلبي عليها.

نظرية متلازمة الأذى الجسيم:

ففي هذه الحالة فإن الزوجة التي تتعرض للضرب المبرح، تشعر بالعرفان والفضل لزوجها عليها على الرغم من تعرضها للأذى الجسيم من قبله، وبذلك فإن صلتها مع زوجها تتوثق بدلاً من ان تضعف، وهذا ما يطلق عليه نظرية توثيق الصلة بمصدر الصدمة كأثر مباشر من آثار العنف الأسري ضد المرأة.

نظرية توثيق الصلة بمصدر الصدمة:

Traumic Bonding Theory طور كل من "Painter and Dutton" هذه النظرية عام ١٩٨١م لدراسة الأسباب التي تؤدي إلى العنف الأسري من جهة والآثار المترتبة على ذلك من جهة أخرى، . أما آثار العنف الأسري ضد المرأة وفقاً لنظرية توثيق الصلة بمصدر الصدمة فإنها تتلخص فيما يلي:

- عندما تهجر الزوجة بيت الزوجية، فإن مخاوفها الحالية تبدأ في التلاشي.
- بعد هجرها أو انفصالها عن زوجها مباشرة تشعر بفراغ عاطفي، ولملء هذا الفراغ فإن مشاعر المحبة نحو زوجها المعتدي تبدأ في الانتعاش مرة أخرى.
- تعاظم مشاعر المحبة تدفعها مرة أخرى للعودة إلى زوجها رغبة في منحه فرصة أخرى.

ونظرية "Painter – Dutton" تركز على مفاهيم توزيع السلطة والرابطة العاطفية بين الزوج والزوجة بالتركيز على آليات العلاقة العدوانية أكثر

من التركيز على البحث عن أي خلل في الشخصية أو الوضع الإقتصادي والإجتماعي. وتقوم هذه النظرية على سمتين للعلاقة وهما: عدم التوازن في توزيع السلطة بين الزوجين من جهة ومن جهة أخرى إلى الطبيعة المتقطعة للأذى الجسيم التي يمكن أن تفسر لماذا تبقى الزوجة مع زوجها الذي يعرضها للأذى الجسيم؟! وحتى لماذا ترجع إلى هذه العلاقة مرة أخرى بعد أن تتخلى عنها؟

والإجابة على الأسئلة الأخيرة تتم في ضوء ما يلي من عوامل:

العامل الأول: عدم توازن السلطة:

- عندما تقوم السلطة الأسرية على عدم التوازن بين الزوجين، فإن الزوجة (المستضعفة) تنتابها مشاعر سالبة نحو تقييمها لنفسها.
- عندما تقلل من قيمتها، فإنها تصبح عاجزة عن درء الخطر عن نفسها، وأنها تحتاج إلى شخص أقوى منها ليوفر لها الحماية.
- هذه الدائرة من الاعتماد على الغير واحتقار الذات تتكرر المرة تلو الأخرى، وبالضرورة فإنها ستقيم رابطة قوية لا فكاك منها مع الشخص الأقوى ، وهو في الوقت نفسه الشخص الذي يعتدى عليها.

العامل الثاني: الطبيعة المتقطعة للأذى الجسيم:

- تتمثل الطبيعة المتقطعة للأذى الجسيم في أن الزوج (المعتدي) يعرّض الزوجة للإيذاء الجسيم بصورة دورية سواء بالتهديدات أو مختلف أنواع الإيذاء الجسدي الجسيم.
- الفترات الزمنية الفاصلة بين الإعتداءات الجسيمة تتسم عادة بسلوكيات طبيعية مقبولة اجتماعياً، ونتيجة لذلك يحدث نوع من الإرتباط الوثيق بين الأذى الجسيم ومحاولة التخلص من هذا الأذى.
- الإرتباط الوثيق بين الأذى الجسيم ومحاولة التخلص منه يؤدي إلى تدعيم الأذى الجسيم، مما يعني إرتباط الزوجة العاطفي الحميم بالزوج، ويؤدي ذلك إلى استمرارية سلوكيات العنف التي يصعب تغييرها أو تعديلها.

"http://www.undp.org/rblac/gender/legislation/chapter,8
Domestic violence"

ويرى منظور آخـر أن الزوجة التي تتعرض للعنـف الأسـري تطـور منظومة متمايزة مـن المعتقدات أثناء تعرضها لعملية الأذى الجسيم، وذلك على النحو التالي.

منظور منظومة المعتقدات:

١. معتقدات سابقة للعلاقة الزوجية ، وهي معتقدات تتشكل كنتيجة لخبرات الطفولة المبكرة، للزوجه أنها – ربما – كانت قد نشأت في بيت يـسوده العنف، فأعتقدت أن كل النساء يتعرضن للأذى الجسيم، ومن ثـم فـإن الأذى يمتزج بالحب في واقع الحياة.

٢. معتقدات تطورت أثناء علاقة الأذى الجسيم ونتج عنها الإحساس بالخوف واحتقار الذات وتعلم العجز أو أي آليات أخرى تحـول دون أن تتـرك الزوجة المعتدى عليها بيت الزوجية.

٣. المعتقدات التي تطورت بصورة لاحقة للأذى الجـسيم، ويـشمل ذلـك اضطرابات ضغوط الصدمة اللاحقة والإكتئاب والأعراض الأخرى التي تؤثر على مقدرة المرأة في أداء وظائفها بصورة طبيعية في المجتمع.

ومنظور منظومة المعتقدات ذو صلة مباشرة بمنظور آخر يفـسر نتـائج العنف الأسري في ضوء المشاعر الذاتية للمرأة التي تتعرض له.

منظور المشاعر الذاتية:

يتفحص هذا المنظور المشاعر الذاتية للمرأة، من خلال قائمة لسلسلة مـن العوامل التي تفسر لماذا تحافظ المرأة على علاقات يسودها العنف الأسري، وذلك وفقاً لما يلي:

- الخوف: تخشى المرأة أن يلاحقها الزوج إذا تخلت عنه، فالمعتدي في هذه الحالة قد لا يهدد الزوجة بالملاحقة فقط، ولكنه قد يهدد الأطفال أو غيرهم من أعضاء الأسرة بالملاحقة.

- **العجز:** كثير من النساء المعتدى عليهن يشعرن بأنهن قد وقعن في شراك علاقات الأذى الجسيم التي لا يمكن الفرار أو الخلاص منهـا أو قـد لا يرين مخرجاً منها، وقد يشعرن بأنهن وحيدات ومعزولات ولا يوجد أحد يمكن أن يقدم لهن يد المساعدة، فالمعتدي يزداد قوة وتصبح بيـده مفـاتيح اللعبة كلها.
- **تأنيب الضمير ومشاعر الفشل:** كثير من النساء اللائي يتعرضن لـلأذى الجسيم، قد تمت تنشئتهن على الإعتقاد بأنهن المسؤولات عن نجاح الحياة الزوجية وترك العلاقة الزوجية نتيجه للأذى الجسيم الذي تتعرض لـه، سيكون اعترافاً منها بفشلها، بالإضافة إلى أن بعض النساء قد يعتقـدن أنهن سبب العنف ويستحقين العقوبة لذلك (فقدان الثقة في أنفسهن وفـي الآخرين من حولهن والإرتياب فيهم).
- **فقدان الموارد:** النساء اللائي يتعرضن للأذى الجسيم، نساء معـزولات ولديهن مقدرة محدودة، إن كانت لديهن أي مقدرة – على الحصول على تمويل أو الوصول إلى أنساق مساندة اجتماعية، وحتى لو كانت لـديهن رغبة أكيدة في هجر العلاقة الزوجية، فإنهن لا يملكن القدرة المالية (أو الثقافية) على فعل ذلك (خاصة بالنسبة للنساء المهاجرات أو اللاجئات).

"http:www.undp…chapter 8, Domestic violence"

الفصل السابع

مأزق الحماية من العنف ضد المرأة وآثاره

أصبحت ظاهرة العنف الأسري أو العنف ضد المرأة ظاهرة عالمية وربما كانت ظاهرة مسكوت عنها في الماضي ولكن أصبح السكوت عليها الآن شبه مستحيل بما لها من آثار تدميرية على الموارد سواء أن كانت مادية أو بشرية. فمثلما أن المرأة ضحية للمعتدين من الرجال فإن الرجال المعتدين أنفسهم قد يكونون ضحايا لمجتمعاتهم، كالفقراء منهم مثلاً ، وذلك للأسباب التالية:

١. إيذاء المرأة الجسيم سلوك متعلم من قبل المعتدي.

٢. السلوك العدواني قضية علاقة بين طرفين.

٣. إيذاء الزوجة يترتب عليه شعور باليأس بين الطرفين إلا انه في الوقت نفسه يعتبر محاولة غير موفقة لإحداث تغيير في العلاقات بين الزوجين. ورغبة دفينة في محاولة تمتين هذه العلاقة ولكنها تبوء بالفشل في معظم الاحوال.

٤. الإيذاء بمجرد أن تدور دائرته فإنه يسير نحو الأسوأ في تكراره وحدته، إذا لم تتدخل جهات الخدمة الاجتماعية التى أصبحت مؤهلة لتداركه بصورة علمية أكثر من مجرد أجاويد تتوفر لديهم النية الحسنة وتتفهم المعرفة العلمية الآثار المفاجئة للحياة الزوجية في بدايتها والآثار الصحية والإقتصادية والقانونية والنفسية ، وضحايا العنف الأسري غالباً من النساء أو الزوجات على وجه التحديد. والضحايا هنا لا يمكن حصر أعدادهن ولا معرفة نسبتهن من بين المتزوجين لما للحياة الأسرية من خصوصيات ومحظورات لها مراحل محددة فى حالة العنف ضد الزوجة.

المرحلة الأولى : الصدمة الاولى في الحياة الزوجية:

من المفاهيم الخاطئة في العلاقة بين الرجل والمرأة والتي تشجع على تنامي العنف الأسري منذ بداية الحياة الزوجية ما يلي من تلك المفاهيم:

- الرجال يجب ان يتسموا بالعنف والنساء بالإستسلام والسلبية.
- التسامح يفسد النساء والأطفال على حد سواء.
- على الرجل أن يتصف بالصرامة والجدية داخل الأسرة.
- الرجل مسؤول عن تأمين الرزق والمرأة عن الشئون المنزلية.
- حاجة المرأة أقل أهمية من حاجات أسرتها.
- الرجال يجب أن يتولوا السلطة داخل الأسرة وتقع عليهم مسؤولية الضبط والسيطرة.
- الرجال مسؤولون عن توفير الإحتياجات المادية للأسرة والنساء مسؤولات عن توفير الاحتياجات العاطفية.

نتيجة للتنشئة الاجتماعية في الأسر غير السوية يدخل الزوج على الحياة الزوجية وهو يحمل الأفكار السابقة، ويزداد الأمر سوءاً إذا صطحب مع هذه الأفكار مشاهداته في الطفولة لعنف كان يمارس داخل الأسرة، فيتعلمه ويسعى شعورياً أو لا شعورياً لتقليده (Zastrow,1993:481-98).

في بداية الحياة الزوجية، بل في ليلة الزفاف ، قد تتعرض العروس للأذى الجنسي الجسيم أو الضرب، وفي مثل هذه الحالات قد يسارع الزوج إلى الإعتذار عن ما بدر منه دون وعي منه كما يدعي ، وقد يكون صادقاً، مظهراً للعواطف الجياشة أو يغريها بالهدايا. ويقسم أن ذلك كان اضطراراً منه، وكأن الفعل الذي أقدم عليه قام به شخص آخر، ولكنه سرعان ما يكرر ما فعله مدعياً أنها في هذه المرة هي التي أجبرته على ذلك. وبالتدريج ومع تكرار الإيذاء سرعان ما تقتنع الزوجة المعرضة إلى الأذى الجسيم بأنها هي المخطئة، خاصة عندما تحاول التحدث إلى صديقاتها أو مكاشفة أسرتها في حقيقة ما يجري لها،

وتمر هـذه المرحلة بخصائص معينة بالنسبة إلى المرأة المعتدى عليها وهي كالآتي:

١. الزوجة لا تصدق في بداية حياتها الزوجية أن زوجها الذي أحبها وأحبته سيعرضها إلى الأذى الجسيم فعلاً أو قولاً أو إشارة، وإذا أبدى أسفه ستتسامح معه أملاً في العودة إلى رشده.
٢. تجهد الزوجة عقلها بمحاولة فهم أسباب الأذى واستيعاب هذا الأذى وبالتكرار يصبح جزءا من حياتها ولا تستطيع الفكاك من حياتها لأنه من الصعب عليها أن ترى بديلاً لها كالطلاق مثلاً.
٣. خضوع الزوجة التام للأذى الجسيم يجعل الزوج يزداد شيئاً فشيئا شعوراً بالعظمة فيصبح أكثر أنانية وحباً لذاته.
٤. مع استسلام الزوجة التي لا حيلة لها يصبح الزوج ناقداً لكل ما يبدر من زوجته ، ويكثر من الشكوى من الطعام حينا وان زوجته غير مشبعة له جنسيا أحيانا أخرى ، وقد يكثر من الأكاذيب ويتمادى فيها، وتصبح المعاشرة الزوجية من أجل أن يكشف كل شريك ضعف الشريك الآخر جنسياً.
٥. تبدأ الزوجة، من كثرة شكاويه ، تشك في قوى زوجها العقلية ، وخاصة في مرحلة الحمل لو حدثت، فالحمل غالباً ما يفجر غضب الزوج المعتدي مما يترتب عليه آثار صحية للأم والجنين معاً لأنه يعرضها للإيذاء.

الأذى الجسيم في هذه المرحلة يتحول إلى إيذاء مبرح يتطلب علاجاً طبياً لكثير من حالات النزيف والإجهاض أو التوليد المبكر، كما توصلت بعض الدراسات إلى أن معدل النساء اللائي يتعرضن للضرب يلدن مواليد ناقصي الوزن يزيد أربع مرات بالمقارنة مع غيرهن من النساء بالإضافة إلى سمات أخرى، وخصائص هذه المرحلة تتمثل في الآتي:

١. للإيذاء الجسيم تأثير مباشر على صحة الضحايا الجسدية والنفسية، وغالباً لا تعرف مثل هذه الحالات لانها تعتبر من صميم الخصوصيات الأسرية.

٢. النساء اللائي يعالجن من الجروح الكسور والكدمات في أقسام الطوارئ غالباً ما يكن قد تعرضن للإيذاء من قبل أزواجهن، وهن في حالة السودان غالباً من الاحياء الطرفية.
٣. من أنواع الأذى الجسيم غير الجروح والكسور والكدمات الظاهرة عمليات الخنق وكتم الأنفاس وتكميم الأفواه التي تؤدى إلى مشكلات صحية مستقبلية.
٤. علاج الآثار الصحية الناجمة عن الأذى الجسيم ربما يكلف الأسرة والمجتمع مبالغ وموارد مالية وبشرية باهظة، وربما قد يترك آثاراً اجتماعية تقلل من إسهامات المرأة ونشاطها الاقتصادي.

المرحلة الرابعة: الآثار الإقتصادية:

الأذى الجسيم له آثار مدمرة على المرأة العاملة فالزوج المعتدي غالباً ما يضع كل العراقيل أمام زوجته العاملة لكي لا يتيح لها العمل فرصة الإفلات من قبضته أو سيطرته على شتى مناحي حياتها ومصدر حريتها أو ممتلكاتها. والعراقيل تأخذ الأبعاد التالية:

١. الزوجة لا تستطيع أن تحافظ على تطورها المهني لأنها قد تكثر من الغياب لما تتعرض له من أذى ظاهر يتطلب علاجاً أو خوفاً من رؤية الكدمات أو الجروح أو الأورام.
٢. يغلف الزوج عراقيله بالتظاهر بالغيرة على زوجته من الإختلاط مع زملاء العمل ونجاحها في العمل يزيد غيرته.
٣. الإيذاء المتكرر وما يصاحبه من غياب بإذن أو بغير إذن عن العمل قد يؤدي إلى عقد مجالس تأديب للزوجة العاملة أو الاستقطاعات من راتبها أو ما تستحقه من إجازات أو معاش أو مكافآت ما بعد الخدمة.
٤. الزوج المعتدي قد يمارس ضغوطاً على زوجته كالتهديد بعدم السماح لها بالإستمرار في عملها فيبتزها مالياً أو يشجعها على الإستدانة أو بيع أملاكها أو مصوغاتها وحليها.

٥. قد يستولى على أموالها بالقوة أو التهديد أو الوعيد أو الكلام المعسول أو الوعود الزائفة أو الرومانسيات أو التزوير أو رفع يده كليا أو جزئيا عن الإنفاق على الأسرة بإعاء أنها خالفت رغبته وواصلت العمل أو أهملته هو.

٦. الزوجات المهنيات قد يتعرضن للأذى الجسيم ولكن حفاظاً على سمعتهن قد يؤثرن السكوت على ما يلحق بهن مما يضاعف من مأساتهن على كل المستويات.

المرحلة الخامسة – تأثير الأذى الجسيم على أجهزة العدالة الجنائية:

في غالب الاحوال أن الزوجة التي تتعرض للأذى الجسيم قد لا تقدم على إبلاغ أجهزة العدالة الجنائية كالشرطة خوفاً من إتساع رقعة الخلاف أو من انتقام الزوج أو حتى الخوف من حبسه أو سجنه أو وضعه تحت الرقابة أو تغريمه. ولكن المشكلة أن لإيذاء الزوجة آثاراً أخرى جنائية على بقية أفراد الأسرة ومنها:

١. العنف الأسري يعتبر السبب الرئيسي لتشرد النساء والأطفال على حد سواء ومع التشرد تتنامى الجرائم وتتنوع.

٢. العنف ضد الزوجة قد يتصاعد ليصل إلى درجة القتل العمد. كما قد تلجأ الزوجة بعد اليأس إلى قتل الزوج وخاصة بين الفئات متدنية الدخل أو المستويات المعيشية.

٣. الأولاد قد ينتقمون من آبائهم إذا عرضوا أمهاتهم للأذى الجسيم بصورة مستمرة.

٤. الإيذاء الجسيم قد يؤدي إلى إنتحار أو محاولة انتحار بعض الزوجات وخاصة الزوجات صغيرات السن اللائي لا يعرفن ان لهن أمل في الحياة. والمقدمات على الإنتحار أو من ينتحرن غالباً ما يمررن بمراحل اضطرابات نفسية قد يعيها من حولهن أو يتكتمون عليها لأن سببها الإيذاء الجسيم الذي لا يودون الكشف عنه.

المرحلة السادسة: الآثار النفسية:

الآثار النفسية للأذى الجسيم بكل أنواعه ودرجاته لا تظهر فجأة في حياة الزوج، ولكنها تتطور تدريجياً وفي الغالب يسبقها الأذى الجسدي واللفظي والإقتصادي ليتم تدريجياً تجريد المرأة كلية من كل ما يمكن أن تحمي به نفسها من العدوان.

وخطوة فخطوة تجد المرأة بأنها قد أصبحت بالفعل رهينة لزوجها الذي يعرضها للأذى، فتفقد الثقة بنفسها وتتحطم روحها المعنوية، داخل بيتها وخارجه، أما بالنسبة للزوج المعتدي فقد يكون شخصيته مزدوجة، قاس وفظ وعنيف متوحش داخل البيت، ولكنه خارج البيت يعتبر رجلاً متفانياً وناجحاً في عمله ، ربما ليغطي فشله داخل البيت، كما قد يبدو وسيماً وجذاباً ولطيفاً مع عامة الناس، ولذلك عندما تبدأ الزوجة في الشكوى أو التظلم منه، فإن الناس الذين يعرفونه في الخارج قد لا يصدقونها ويردون إليها إتهاماتها له، مما يعصف بكل مقدراتها على التنبؤ بردود فعل الآخرين سواء داخل المنزل أو خارجه، فتستسلم للخوف واليأس والإحباط وفقدان الأمل، خاصة وأن بعض الازواج المعتدين – على العكس من زوجاتهم – لديهم قدرة فائقة منذ البداية على اختيار الزوجة التي يمكن أن يعتدى عليها ومتى يعتدى عليها وكيف يعتدى عليها، ورصد النتائج المترتبة على عدوانه، خاصة وأن هناك ثقافات عامة قد تشجع الازواج أو تعدهم منذ الطفولة لغرض سيطرتهم وهيمنتهم على زوجاتهم، فيصبح العدوان جزءاً من الآلية التي تحفظ لهم هذه السيطرة أو الهيمنة، خاصة بين الأزواج الأقل تعليماً والأقليات الثقافية والعطالى وذوي الدخل المنخفض والفقراء والأعمال ، وصغار السن من الأزواج وخاصة في الفئة العمرية (١٨–٣٠) سنة. (Berry,2000 : ٢٩-٤٧).

من الناحية النفسية، فإن النساء اللائى تعرضن للأذى الأسري الجسيم قد يشاطرن أزواجهن بعض السمات الشخصية العامة، فشانهن شأن بعض المعتدين قد يكن قد تعرضن في طفولتهن للأذى الجسيم في بيوت يسودها العنف الأسري، كما قد يكن أقل تعليماً أو خبرات عملية وأصغر سناً ودخلهن قليل أو لا دخل

إقتصادي لهن ، وهذا لا ينفي على الإطلاق بأن بعض الزوجات الثريات أو صاحبات الجاه والعلاقات أو التعليم العالي أو الناجحات مهنياً في عملهن قد لا يصبحن ضحايا للعنف الأسري ، وإذا اختلفت خلفية النساء اللائي يتعرضن للأذى الجسيم ، فإنهن قد يشتركن إلى حد كبير في الآثار المترتبة على تعرضهن للأذى وفقاً لما يلي:

- كثير من النساء قد يشعرن بأن الزوج يرغب في أن يعامل كما يعامل الأطفال ، فيشعرن بالأسى نحوهم فيحاولن معالجتهم.
- كثير من النساء قد يشعرن بالخوف من ترك علاقة زوجية يسودها العنف، لأنه قد لا تتاح لهن فرصة الزواج مرة أخرى، وإذا تزوجن مرة أخرى ، فكأنهن يقفذن في المجهول ، فمن يدري أن الزوج الثاني سيكون أفضل من الزوج الأول، وقد تخشى بعضهن عزوبية أبدية ، وفي هذه الحالة يشعرن أنه ما عليهن إلا أن يطورن شعورياً أو شعورياً آليات للتكيف مع حياتهن الزواجية وإن سادها العنف ، فمع إنعدام البدائل ومخاطر البيئة الخارجية تنشط غريزة حب البقاء والمحافظة على العلاقة الزوجية مهما ساءت العلاقات (Berry,2000:51) ومن المدهش أنه كلما إرتقى مركز المرأة الاجتماعي كلما كانت أقل زهداً في محاولة ترك حياة زوجية يسودها العنف. فالمرأة الفقيرة قد تكون أكثر استعداداً لترك مثل هذه الحياة وأقل شعوراً بالوصمة سواء لتركها منزل الزوجية أو لطلبها المساعدة من قبل أجهزة الرعاية الاجتماعية، بالمقارنة مع النساء من الطبقة الوسطى أو العليا. (Berry,200,51) .
- النساء اللائي يتعرضن للأذى الجسيم من الطبقة الوسطى أو العليا أكثر خجلاً في الحديث عن مشكلاتهن الزوجية، لأنهن يخشين الإدانة أو أن ينبذن من قبل محيطهن الإجتماعي.
- تعاني المرأة مما أسمته (L.Walker) بمتلازمة المرأة التي تتعرض للضرب، وتشخيص هذه المتلازمة يتم وفقاً لأربعة اعراض، هي: (Berry:56).

١. الحزن العميق، كالحزن الذي يعقب وفاة شخص عزيز على الإنسان، ففاجعة الأذى الذي تتعرض له الزوجة مثل فاجعة الموت، عليها تقبلها ، لأنها لا تستطيع ردها.

٢. الكوابيس واستذكار الماضي وعندما تحلم المرأة أو تتذكر ما تعرضت له من أذى من قبل ، فإن المرأة تفقد القدرة على السيطرة على نفسها وتشعر بالعجز التام.

٣. فقدان المشاعر ومحاولة تجنب أي شئ يذكرها بالزوج المعتدي عليها، بما قد يقود إلى مشكلات في العلاقات مع الآخرين والعزلة وفقدان الإهتمام بالناس الآخرين وبالأنشطة الاجتماعية. حيث تعتقد الزوجة بأن زوجها المعتدي عليها سيعرف كل صغيرة أو كبيرة تقوم بها أو تفكر فيها.

٤. واذا اتسمت الزوجة بأي اثنين أو أكثر من الصفات السابقة فإن استجابتها لكل محاولة ستكون مبالغاً فيها إلى أبعد الحدود سواء تمثل ذلك في القلق الشامل أو التهجم المفاجئ أو الخوف المرضي أو المشكلات الجنسية أو يقظة مفرطة والريبة واضطرابات النوم والإرهاق وتفجر الغضب.

- المرأة التي تعاني من متلازمة المرأة التي تتعرض للضرب، قد تحاول أن تقنع نفسها بأن زوجها يضربها من أجل مصلحتها لكي تكون شخصاً افضل مما هي عليه الآن.
- المرأة التي تتعايش مع الأذى الجسيم تجد نفسها محاطة بعلاقات بالغة التعقيدات تحاصرها عاطفياً ، خاصة إذا كانت قد عاشت في بداية حياتها الزوجية فترة شهر عسل ممتعة تسودها المحبة المتبادلة بين الزوجين.
- المرأة التي تترك زوجها قد تعرض نفسها للخوف والعزلة وانعدام المأوى وتعرض نفسها وأسرتها للتشرد، (http:// undp … chapter,8)
- مع مرور الزمن تشعر الزوجة التي تتعرض للأذى الجسيم بالإرهاق الجسدي والنفسي معاً، فلا تستطيع التفكير السليم أو الرؤية الثاقبة للأشياء من حولها، فتزهد في المشاركة في القرارات الأسرية وتعجز عن إدارة أي خلاف اسري إدارة جيدة وملائمة.

- المرأة التي تصر على البقاء تشعر بأمل يراودها يقترب حيناً ويبتعد أحياناً آخرى، وتصلي وتدعو الله أن يجعل لها مخرجاً فيغير من حالها أو حال زوجها، وترادوها مشاعر عطف نحو زوجها مهما كان سيئاً، كالمشاعر التي ترتاد الأم نحو أبنائها مهما بلغوا من درجة السوء وعدم الوفاء لها.
- بعض النساء قد يشعرن بأن ما يتعرضن له من أذى أخف بكثير مما تتعرض له أمهاتهن أو ما تعرضن له من أذى في اسرهن الأصلية، فيخترن البقاء مع ازواجهن رغم تعرضهن للضرب من قبلهم http://www.counmselcare.com .
- قد تشعر الزوجة بأن الزوج في حقيقة الأمر يتفانى من أجل H سرته ويوفر لها ما تحتاجه من نفقات ، وقد يضطر للإشتغال بأكثر من مهنة واحدة لتحسين ظروف عائلته، ولكنه عاجز عن الاقلاع عن ضربها فلماذا لا تعذره أو تأمل في علاجه، فهو صاحب الفضل عليها وإنها مدينة له.
- المرأة التي تتعرض للأذى من قبل زوجها أمام أطفالها، قد يعرضها أبناؤها للأذى ايضاً تقليداً لآبائهم ولو إقتصر الأمر على الأذى اللفظي وخاصة عندما تفكر في إنهاء علاقاتها الزوجية.
- بعض الأطفال قد يستشعرون الخطر على أمهم وعلى أنفسهم فيحثون أمهاتهم على ترك آبائهم.
- هناك دراسات توصلت إلى أن الزوجات اللائي طلبن عوناً خارجياً أو مساعدة خارجية أو أنهين علاقات الأذى الجسيم هن اللائي تعرضن بصورة أقل للأذى في طفولتهن والأكثر تعليماً واللائي لديهن مهارات عمل بالمقارنة مع اللائي اخترن استمرار في حياة زوجية يسودها الأذى الجسيم.

- المرأة التي تتعرض للأذى الجسيم لفترة طويلة من الزمن يمكن أن تعرض نفسها لمخاطر عديدة فالموت والجروح أو الأضرار الجسدية من رضوخ وكسور غير مستبعدة (Berry , 2000: 56-60)

والخلاصة أن الآثار النفسية لتعرض المرأة للأذى الجسيم تجعل المرأة تشعر باللوم وبالخجل وتأنيب الضمير ويراودها احساس بانها تستحق العقاب لأنها إختارت الإبقاء على علاقة الزوجية، كما تحتقر نفسها وإنها إمراة لا تعيش عصرها وأنها تافهة، وتلك مشاعر يؤكدها لها عدوان زوجها المستمر عليها، فهي كما تخاف من البقاء فإنها تخشى ترك هذه العلاقة ايضاً، فتفقد القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على تقرير مصيرها.

"http://www.undp/gender/rblac/gender/legislation/violence"

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن لكل نوع من الأساليب التي يمارسها الزوج على زوجته من أذى جسيم آثار معينة ومن ذلك مثلاً:

١/ آثار استخدام الإرهاب والتهديدات:

- شعور الزوجة بالرعب من مجرد نظرة يلقيها الزوج عليها أو إشارة أو فعل يبدر من الزوج، (http://www.rivs,org,fact3)
- اذا انفصلت الزوجة تخشى ان ينفذ الزوج تهديداته فيلاحقها ويقتلها أو أن يقدم هو نفسه على الانتحار أو أن يقتل أبناءه كما يهدد بذلك دائماً.
- الخوف المرضي من أي أدوات أو أسلحة في متناول الزوج سبق أن استخدمت في العدوان على الزوجة أو هددت بإستعمالها ضدها، فقد توصلت الدراسات إلى ان ٥٠% من كل النساء سيتعرضن بشكل أو آخر للعنف الأسري خلال زواجهن وأكثر من ثلثهن يتعرضن للضرب بصورة مستمرة.

٢/ آثار استخدام الأطفال في الضغط على الزوجة:

- تخشى الزوجة من ان تجلب انتقام الزوج على أطفالها إذا تركت المنزل، وقد توصلت الدراسات إلى أن الرجال الذين يعرضون زوجاتهم للأذى ،

يعرضون أطفالهم ايضاً للأذى وبمعدل يزيد بـــ ١٥٠٠ مرة أعلى مـــن المتوسط في الولايات المتحدة الامريكية ("http://city") .

- تلحق بجسد الزوجة علامات مستمرة للأذى الجسيم تحاول اخفاءها حتى على أطفالها، وتخاف من ارجاعها ومن الذهاب للمنزل والتغير المفاجئ في سلوكها عند حضور المعتدي عليها فيترسخ لديها السلوك الإنـــسحابي حتى من أطفالها (http://www.andj.edu.baum/table).
- إيذاء الزوجة قد يعزز من شعورها بأنها بالفعل مقصرة ومذنبة في حـــق أطفالها.
- الشعور بأنها تعرض أطفالها للمخاطر اذا تخلت عن العلاقـــة واخـــذتهم معها، فالمجتمع يتعامل مع الأسرة كوحدة متماسكة، وكذلك بعض الاديان والثقافات، فكثير من الثقافات والديانات ترمى بثقلها للمحافظة على وحدة الاسرة وتماسكها وتحمل المرأة مسؤولية ذلك.
- تزداد الشكوك لدي الزوجة بأن زوجها قد يستخدم الأطفال ضدها بأشكال عديدة كأن يكونوا وسطاء لتوصيل رسائل التهديد والوعيد من قبل الزوج لوالدتهم أو الكشف عن أسرار الزوجة.
- الأولاد الذين شاهدوا تعرض أمهـــاتهم للعنـــف الأســـري سيعرضـــون زوجاتهم للأذى نفسه وبمعدل عشرة أضعاف بالمقارنة مع الأولاد الذين لم يشاهدوا ذلك.
- تخاف الزوجة إذا تركت العلاقة أن تفقد الحق في حـــضانة الأطفـــال أو الحق في انفاق الزوج عليهم، وتشعر أن اطفالها قد يؤخذوا منها فـــي أي لحظة وأن جهودها العائلية وتضحياتها من أجلهم قد تذهب أدراج الرياح في أي لحظة.
- جهودها تجاه زوجها وتجاه أطفالها غير مقدرة فالزوج ينظر إلى نفـــسه كالسيد في بيته وهي مجرد خادمة وتقوم بعمل الخادمة.

"http://www.counselcare..."update/dv"

"http://www.city opit..com/police/files"

٣/ آثار العزلة:

- تحتفظ الزوجة وتتردد في كل ما تقوله أو تشاهده.
- قطع الصلة مع الأقرباء والأصدقاء والجيران وزملاء المهنة والشك فيهم، لأنه لا يوجد أحد يمكن أن يصدقها.
- فقدان الثقة في مقدرة اجهزة العدالة الجنائية أو أجهزة الرعاية الاجتماعية في حمايتها من العنف الأسري.
- الخشية من أن تكشف حقيقة سلوكيات زوجها خاصة إذا كان شخصاً مرموقاً في المجتمع.

٤/ آثار الإهانة المستمرة للزوجة:

- قد يصدق الأطفال بأن والدتهم هي الملومة كما يقول والدهم أو يخبرهم بذلك.
- الأذى اللفظي للزوجة قد يحرج الأطفال أو قد يجعلهم يصدقون ما يطلق علي والدتهم من سب وشتائم وقذف بمسميات واوصاف وقحة ومشينة وبذيئة وساخرة وقد يتقمصون هذه الأقوال ويطلقونها على أمهم إذا اشتد خلافهم معها أو قد يطلقونها على زوجاتهم مستقبلا .

connection ..." "http.// www.counselcare

- الأطفال قد يصدقون أن والدتهم حقيقة سيئة وغبية ومهملة، لأن والدهم قد استدرج الأقرباء ليقولوا ذلك للأطفال دون علم الأطفال بالتدابير التي يلجأ اليها والدهم لتأليبهم على والدتهم.
- تحميل الزوجة مسؤولية سوء سلوك الأطفال، والايقاع المستمر بينها وبينهم لإيجاد مبرر للعدوان عليها.
- تكليف الأطفال وتشجيعهم على التجسس على والدتهم، وأن ينسبوا إليها افعالاً لم تفعلها أو أقوالاً لم تقلها.

٥/ الآثار الناجمة بعد الإنفصال أو الطلاق:

- قد يسأل الزوج الأطفال بصورة مستمرة عما تفعله أمهم أو ما تقولـه أو عن الاشخاص الذين تتصل بهم وعلاقاتها بالآخرين.
- الايحاء للأطفال بأن والدتهم هي المسؤولة والملامة عن ما ألم بهم وحدوث الطلاق وأنها مريضة عقلياً أو نفسياً.
- محاولة إقناع الأطفال بأن كل ما فعلته وما ستفعله والدتهم خاطئ وإنها لا ترغب فيهم وتحميلها مسؤولية تدهور صحة الأطفال ومشاكلهم النفسية.
- إتهامها بعدم العناية بالأطفال وتهديدها بالحرمان من مسؤولية حضانتهم برفع شكاوي قضائية ضدها.
- عدم الوفاء بما صدر من أحكام بالنفقة عليهم أو المماطلة في ذلك.
- اختطاف الأطفال أو احتجازهم بعيداً عنها ومنعها بالقوة من رؤيتهم "http:///city ofil..."

٦/ آثار تكرار العدوان:

- العنف الأسري ظاهرة متكررة بطبيعتها، فهناك معدل إمرأة واحدة في كل خمس نساء تعرضت للأذى من قبل زوجها الحالي أو السابق، ذكرت بأنها كانت ضحية لسلسلة من الإعتداءات لا تقل عن ثلاث مرات في كل ستة شهور، وفي الغالب تعرض المرأة نفسها للقتل إذا حاولت ابلاغ الشرطة أو إنهاء العلاقة الزوجية.
- على الرغم من أن ٤٨% من النساء اللائي يتعرضن للأذى الأسري الجسيم لا يفتحن بلاغات بشأنها، إلا أن مجموع ما تتلقاه الشرطة من بلاغات في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى ٥٧٢،٠٠٠ بلاغاً سنوياً، وأن من ٢-٤ مليون إمرأة من كل الأجناس يتعرضن سنوياً للضرب.
- معدل النساء اللائي يتعرضن للأذى الأسري الجسيم ويقدمن على الإنتحار أعلى من معدل النساء اللائي لا يتعرضن لمثل هذا الأذى.

- الأزواج الذين يعرضون زوجاتهم للأذى الجسيم غالباً ما يهددوهن بالقتل، وقد يقدمون على قتلهن، فهناك أربع نساء يقتلن يومياً في الولايات المتحدة الامريكية نتيجة للعنف الاسري، ويبلغ مجموعهن حوالي ١٤٠٠ قتيلة سنوياً، وان ٤٢% من مجموع النساء اللائي يقتلن في الولايات المتحدة الأمريكية، يقتلن بواسطة أزواجهن (الحاليين أو السابقين) أو اصدقائهن المقربين.

http://www.nisv.org/fact6
http://www.nisv.org/fact

- الزوجة التي تتعرض بإستمرار للعنف الأسري ، قد تجهل الموارد المتاحة، وتشعر انها وحيدة ، وأنه لا يوجد هناك شخص قادر أو يرغب في مساعدتها.
- الموارد المتاحة قد لا تكون آمنة ولا تشبع احتياجات الزوجة الشخصية إذا كانت احتياجات نفسية، وانه لا مأوى لها غير بيتها ، خاصة إذا كانت من الأقليات الثقافية أو مهاجرة أو لاجئة، فقد لا تمتلك حق المرافعات القانونية أو لا تملك موارد مالية للحصول على مثل هذه الخدمات، أو قد تخشى ملاحقة الشرطة لها في حالة كونها طالبة هجرة أو لاجئة أو مهاجرة غير قانونية.

"http://www.city oflt/com/police/files/updates"

- استمرارية العنف الأسري وتكراره في الحياة المنزلية قد لا يدل على انعدام المحبة الزوجية المتبادلة بين الزوجين في كل الأحوال، مما يجعل الزوجة تعيش موقفين يصعب التوفيق بينهما نفسياً، وهما: رغبتها في الإبقاء على حبها من جهة ورغبتها في أن يتوقف ايذاؤها من قبل الزوج http://www.city...

أخلاقيات الخدمة الاجتماعية في مجال العنف الأسري:

العنف الأسري من أكثر مجالات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية حساسية وحرجاً، ففي كل لحظة من اللحظات تتعرض المرأة للعنف المنزلي

والأذى الجسيم وبنسب متفاوتة في مختلف بلدان العالم ، كما يتعرض الأطفال للقدر نفسه من الإيذاء. وعلى الرغم من ذلك فإن العنف الأسري ظل سراً من أسرار العائلة الذي لا يجوز الكشف عنه حتى بالنسبة لأولئك الذين يتلقون علاجاً من قبل الخدمة الاجتماعية. والذين لا يكشفون عن هذا العنف من العملاء قد لا يستطيعون إخفاءه مدى الحياة ، وقد دلت التجارب العملية على أن الكشف عن مثل هذا العنف قد يتم عندما تتفكك الاسرة وينتهي الرباط بين الزوجين بطلب الطلاق أو الطلاق.

والأخصائي الاجتماعي الأسري عليه أن يتعرف بكل دقة على العوامل التي تؤدي إلى العنف الأسري حتى يتمكن من التدخل بفعالية لوضع حد لهذا العنف بالتنسيق مع مختلف الأجهزة والموارد المتاحة. ولقد أسهمت حركة تحرير المرأة بدور فعال في الكشف عن ظاهرة العنف الأسري وسبل علاجها الذي يتطلب تضافر جهود المهنيين في مجالات الصحة العقلية والشرطة والمشرعين ومختلف أجهزة الدولة ومنظمات المجتمع المدني، وعلى المستوى العالمي تم تأسيس محكمة جنايات دولية للجرائم التي ترتكب ضد المرأة في عام ١٩٧٦م ومقرها بلجيكا. وتوصلت حركات تحرير المرأة في مختلف مؤتمراتها إلى أنه لا يمكن القضاء على العنف ضد المرأة ما لم يتم القضاء على عدم توازن القوى بين الجنسين والقضاء على سيطرة الرجال على المجتمعات التي تتسم بنظام الوصاية الأبوية المطلقة، حيث يتم عزل المرأة في كثير من المجتمعات عن القيادات الدينية والسياسية والاقتصادية والتشريعية بما يرسخ من الوضعية الدونية للمراة والمفاهيم المتعلقة بذلك.

بالإضافة إلى ما سبق، فإن المهنيات الناشطات في حركة تحرير المرأة من العاملات في مجالي الصحة العقلية والنفسية أكدن على ضرورة أن يعارض المهنيون العاملون في مجال العنف الأسري عدم توازن السلطة بين الجنسين. وقد حددت الجماعات العلاجية النسائية مجموعة من الأهداف والموجهات للمهنيين العاملين في مجال الصحة العقلية، تتمثل فيما يلي:

١. تطوير نظرية انثوية للعلاج النفسي ولعلم نفسية المرأة، وذلك من أجل مساعدة النساء على إدراك قيمتهن الذاتية وتحقيق ذواتهن.
٢. استثارة وعي المرأة من خلال عقد ورش العمل والمناقشات وتمثيلهن في المؤتمرات والجامعات ومنظمات الخدمات الاجتماعية.
٣. تدريب المستشارات وفقاً لرؤى مجردة من الانحيازات ضد المرأة التي كانت سائدة في الاستشارات النفسية في السابق.

ومن الأساليب التي أتبعت في معالجة العنف الأسري أساليب علاجية استمدت أصولها من أسلوب معالجة المدمنيين على المخدرات أو الكحول، فمن يمارس العنف الأسري أو من يمارس ضده قد يدمن هذا العنف. وغالبا مايرتبط العنف الأسري بإدمان الكحول في بعض المجتمعات. وهناك انماط شخصية متشابهة لمن يدمنون الكحول أو المخدرات ومن يدمنون العنف الاسري، ولذلك يقترح بعض المعالجين في الخدمة الاجتماعية وفي علم النفس نموذجاً متكاملاً للعلاج من الادمان، نسبة لتداخل أنواعه، فقد يقود كل واحد منها إلى النوع أو الأنواع الأخرى. ومثلما أن تعاطي الكحول يؤدي إلى خفض التوترات فإن ممارسة العنف الأسري قد تؤدي إلى خفض التوترات اللحظية للمعتدين أو ربما للمعتدي عليهم في بعض الحالات. فالعدوانيون قد يسعون دوماً للإرتباط بشركاء مهيئين نفسياً لتقبل العدوان عليهم وهو ما يعرف بالماسوشستية.

وعلاج العنف الأسري، قد يتطلب أول ما يتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يقوم بدراسة النسق الداخلي للأسرة، حيث لا توجد أسرة مثالية في واقع الحياة، والاسرة المثالية ما هي إلا نموذجاً تخيلياً يمثل هدفاً تسعى الأسر والمعالجون على حد سواء للوصول إليه. وكل ما سبق لا ينفي وجود نوعين من الأسرة، هما الأسرة السوية والأسرة غير السوية.

الأسرة السوية:

تتسم الأسرة السوية بالسمات والخصائص التالية:

١. إظهار قدر من التنوع يعطيها قوة ومتعة.

٢. أعضاء الاسرة افراد متميزون عن بعضهم البعض ولدي كل منهم احساس قوي بذاتيته التي يحترمها الآخرون من أفراد الاسرة ويقدرونها ويبادلونها ثقة بثقة.

٣. يتعاونون فيما بينهم ويتآزرون.

٤. يحلون الصراعات فيما بينهم حلاً سلمياً وفقاً لادوار واضحة الحدود والمعالم وفقاً لأحكام متسقة لتقبل السلوك تقبلاً غير مشروط.

٥. إدارة شئون الأسرة بتلقائية وعفوية وبقدر من المرح والإسترخاء في ممارسة العادات والطقوس الأسرية والعمل وغيرها من الأنشطة الحياتية.

٦. التواصل بين أعضاء الاسرة تواصل مباشر ومفتوح وأمين ويتسم بالرحمة والشفقة والدبلوماسية والخصوصية.

الأسرة غير السوية:

وهي الأسرة التي قد يسود فيها قدر كبير من العنف الأسري ومن سماتها:

١. يشعر أعضاؤها بانهم ينتمون لبعضهم البعض ولكنهم في واقع الأمر يشكون من العزلة أو الوحدة وابتعاد بعضهم عن بعض ولا يوجد بينهم اهتمام حقيقي ببعضهم بعضا.

٢. البيئة الأسرية بيئة يسودها الخوف واليأس وفقدان الأمل والتعصب.

٣. لا يتضامنون فيما بينهم ، ولكنهم قد يتضامنون معاً لمواجهة أي مهددات خارجية على الأسرة.

٤. تواصل مغلق وربما منعدم بين اأعضاء الأسرة وكذلك التقبل.

٥. الأدوار مختلطة ومتداخلة وغير واضحة المعالم.

٦. شكوك حول قضايا الجنس والفجور أو الفسوق واشباع الشهوات، والتنشئة والعواطف والحميمية.

٧. تكرار الأزمات وتنوعها والشعور بعدم الطمأنينة.

٨. عدم الإتساق في التعامل وتفريغ الأطفال ولومهم وعدم تقبلهم وإهمالهم.
٩. نكران الواقع وتجاهله بدلاً من الكشف عن المشكلات ومعالجتها.

إن عملية التدخل المهني للخدمة الاجتماعية في مجال العنف الأسري تتطلب اتخاذ الخطوات التالية من قبل الاخصائيين الاجتماعيين:

١. المساعدة العاجلة لأفراد الاسرة الذين يتعرضون للأذى الجسيم.
٢. اصدار ونشر جميع البيانات والمعلومات الخاصة بالحقوق القانونية والخيارات والفرص المتاحة لإيواء المعتدى عليهم.
٣. أن يجمع الاخصائي الاجتماعي بين دوره كمعالج ودوره كناشط أو مدافع عن ضحايا العنف الأسري.
٤. تنظيم جماعات من ضحايا العنف الأسري لمناقشة مختلف الموضوعات ذات الصلة بحياتهم كالطلاق والانفصال والإيذاء الجنسي وتعاطي الكحول والمخدرات والإدمان.
٥. التعرف على أنماط العنف الأسري واختلافها بإختلاف الأعراق والديانات والفئات العمرية والنوع والثقافات والمستويات التعليمية والاقتصادية والاجتماعية.
٦. القضاء على الشعور بالعزلة أو الإقصاء الاجتماعي والاقتصادي والثقافي.
٧. معالجة الأفكار الخاطئة السائدة عن العنف الأسري وعلاقة الرجل بالمرأة وعلاقة الكبار بالصغار.
٨. إقامة علاقات قائمة على الصراحة والوضوح والتعبير الأمين عن المشاعر بين أفراد الأسرة، مع إعطاء نماذج للحياة الأسرية سواء من خلال اسلوب لعب الدور أو ما يعرف بالدراما النفسية وكافة اساليب العمل مع الجماعات العلاجية في الخدمة الاجتماعية.
٩. العمل مع الأطفال المعرضين للأذى الجسيم أو من يشاهدونه داخل أسرهم ، لمعالجة مخاوف هؤلاء الاطفال وشكوكهم واضطراباتهم السلوكية

الأخرى حتى ولو كانوا من القادرين على كتمانها أو الصمت عليهـا فقـد تتفجر هذه الاضطرابات في مراحل لاحقة من حياتهم.

١٠. العمل مع الرجال أو الأزواج الذين يعرضون زوجاتهم أو اطفالهم لـلأذى الجسيم من خلال مختلف أساليب وأنشطة الجماعات العلاجية في الخدمـة الاجتماعية كجماعات الترفيه وجماعات مدني الكحول مجهولي الأسـماء " AAI"وجماعات " الونسة " وجماعات الدراما النفسية والابداعات الفنيـة الأخرى وجماعات السباقات الماراثونية وجماعـات اللعـب وجماعـات الضحك المرتبط بانشطة رياضية ترويجية.(Zastrow, 1993:432-492)

خاتمة الكتاب :

من دراستنا لتاريخ نشأة الخدمة الاجتماعية وتطـور قيمهـا ومبادئهـا ومواثيقها كمهنة يتضح لنا أن اخلاقياتها ترجع إلى جهود الخيرين وإلى عمليات البر والإحسان ذات المنطلقات الدينية البحتة فى البلدان الأوربية ، ولكنها بالتريج ابتعدت عن الجوانب الخيرية والتطوعية وأصبحت ممارستها تقوم بالتدريج على أسس عقلانية وعلى دوافع أقتصادية مصاحبة للنزعة الإنسانية لمهنـة الخدمـة الاجتماعية كغيرها من مهن المساعدة الأنسانية التى يتبغى أو يجب أن تنتفى عنها النزعة المادية أو الربحية من قبل ممارسيها .

ولكى تنال الخدمة الاجتماعية اعترافاً مجتمعياً شأنها شأن المهن الراسخة كان لابد من تطوير مؤسسات تعليمها ونظرياتها وطرقها وأسـاليب ومهـارات ممارستها ، وأن يحرص ممارسوها على إيجاد صيغة تجمع بينهم لتوحيد مطالبهم من جهة ، ولقصر ممارستها على من هم مرخصون بمزاولتها من حملة شهادات جامعية ومافوقها .

ولأنها مهنة تعمل من أجل خير المجتمع ، فإن عليها أن تقنع المجتمـع بجدواها وفاعليتها وقدرتها على تجاوز العقبات والمآزق الأخلاقية التى تواجهها ، خاصة وأنها تتعامل مع نوعية خاصة من العملاء الذين يواجهون مشاكل عديـدة فى تعاملهم مع المجتمع وفى حياتهم العادية سواء كانوا من المدمنين أو المعاقين أو المصابين بأمراض معدية وقاتلة وموصومة من قبل المجتمع أو صادرة منـه كالقسوة والأذى الأسرى الجسيم نتيجة للعنف الأسرى أى كان مصدره .

وممارسة الخدمة الاجتماعية كمهنة يجب ألاتترك لحسن نوايا الممارسين من غير المؤهلين ، ولذلك ناقش علماء الخدمة الاجتماعية ما يعرف بالتراخيص المهنية لكى تحفيظ للمؤهلين من الأخـصائيين الاجتمـاعيين حقـوقهم وتحمـى عملاءهم من سوء الممارسة وهدر الامكانيات والموارد وضرورة توظيفها توظيفاً مرشداً يخضع لقيم ومبادئ واخلاقيات ومواثيق ومتابعة ومحاسبية مهنية بالغـة الدقة من خلال منظمات واتحاد وروابط الاخصائيين الاجتماعيين أنفسهم .

المراجع العربية :

١. آل سعود ، منيرة بنت عبد الرحمن بن عبـد الله (١٩٩٩م) ، إيـذاء الأطفـال، رسـالة دكتوراة ، قسم الدراسات الاجتماعية ، جامعة الملك سعود ، الرياض .

٢. عجوبة ، مختار ابراهيم (١٩٨٨م) الجذور التاريخيـة لمفهـوم المهنيـة فـى الخدمـة الاجتماعية وتأثيرها فى نشأة الخدمة الاجتماعية وتطورها فى الوطن العربي، مجلة كليـة الأداب ، عمادة شؤون المكتبات ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، مج ١٥ ، ٢١ .

٣. عجوبة، مختار ابراهيم (١٩٩٠م) الرعاية الاجتماعية وأثرهـا علـى مـداخل الخدمـة الاجتماعية المعاصرة ، المملكة العربية السعودية ، الرياض، دار العلوم للطباعة والنشر .

٤. عجولة ، مختار ابراهيم (١٩٨٧م) الخدمة الاجتماعية وقضايا التنمية فى الوطن العربي : دعوة لتجسير الفجوة بين المنظرين والممارسين ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الملك سعود .... مج ، ١٤، ع ٢ .

المراجع الإنجليزية :

- Ausgins , David (1970 Social Works Relation to National Development in Developing Countries , in " Social Work Journal of NASW , 39 (January , 1970 , p . 130 .
- Austin , David (1983) the Flexner Myth and the History of Social work , " Social service Review , (Universally of Chicago , 123 September 1983 , p.358 .
- Crasissati , 1998 , Child Sexual Abuses , East Sumex , UK. Psychology Press.
- Graham , D, . Ans Rowlings . E. 1999 , Observers, Blaming of Battered Wives in (editor) M.A. Paludi , the Psychology of Sexual Victimization pp. 53-94 London , Green Wood .
- Hardcastle , David a. (1983) Certification , licensure , and other forms of Regulation , in (editors) Aaron Rosenblatt and Diana Watford " Handbook of Clinical Social work , London , Josses – Bass , pp : 827 – 843 .
- Jones , Chris (1979) Social Work Education , in Social Work , welfare and the State , pp : 72 -73 .

- Leiy Ding , I .(1980) Social work , Social service Review , 54 , no 1 (1980) pp.7- 10) .
- Lemmon , John Allen (1983) Section V1 , Values , Ethics , and legal Issues , in editors , Aaron Rosenblatt and Diana Warlord .... Pp : 845 – 955 .
- Martin Davies (2002) editor , Companion to Social Work L London , Blackwell .
- Meyer ,Carol H . (1979) What Directions for Direct practice ,, Social Work Journal of NASW , 24 , on 24 (July 1979) p: 14.
- Nigel parton , (editor) (1996) Social theory , Social change and Social work , London , Rutledge .
- Parry , noel and Parry , Jose (1979) Social Work Professionalism and the Slate " in Social Work welfare and The State Noel parry et – at , London , Edward Arnold ,p .
- Ptacek , J 1988 , Why Do Men Batter Their Wives in (EDITOT) Bergen .. pp .181 -195 ,
- Schwartz , Edward , (1977) Macro Social Work , A Practice Of Some Theory , (Cleavage) , University of Chicago Press , p . 209 .
- Siporin , Max (1978) " Practice Theory and Vested Interest " in Social Service Review " 52, no .3. 1978 , pp . 418 – 430.
- Stark E. and Flitcralt , A 1998 , Women and Children at Risk , A Feminist Prospective on Child abuse , in (edit) Bergen , R . Issues in Intimate Violence London , SAHE Publications).
- Unworthy , Clive " 1979) the Balance of Medicine , Law and Social Work in Mental health legislation " in Social Work Welfare and the State , p .14 .
- Zastro , Charles . (1993) Social Work with Groups , Chicago , Nelson Hall .

***

بسم الله الرحمن الرحيم

دار عـــزة للنــشر- الخـرطوم

ت: ٧٨٧٢٠٠ /٨٣ فاكس: ٠٠٢٤٩/٨٣٧٩٧٠٨٤ — ٠٠٢٤٩/٨٣٧٨٧٢٠٠

الرقم	الكتاب	المؤلف	نوع الكتاب	السعر بالجنيه	السنة
٢٦٩	علي قصر سيبدأ	د. عبدالغـ الرفاعي	دراسة	٢٥	٢٠٠٧
٢٧٠	أسرار جهاز الأسرار	عميد هاشم ابوربات – محمد عبدالعزيز محمد	دراسة	٢٠	٢٠٠٧
٢٧١	أعاصير استوائية	عبد الرحمن فصل	رواية	١٥	٢٠٠٧
٢٧٢	بناء أمة	د. عبدالرحيم محمد بابكر	دراسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٣	تقويم نقدي لتجربة الحزب الشيوعي	تاج السر عثمان	سياسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٤	موسم الهجرة إلى اليمين	صدقي كبلو	سياسة	٨	٢٠٠٧
٢٧٥	حول النخبة والطبقة الجهوية	صدقي كبلو	سياسة	٧	٢٠٠٧
٢٧٦	حول نظرية الثورة السودانية	صدقي كبلو	سياسة	٧	٢٠٠٧
٢٧٧	السياسة الاقتصادية للدولة والثورة المهدية	صدقي كبلو	سياسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٨	الماركسية وقضايا الثورة السودانية	الحزب الشيوعي السوداني	سياسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٩	المرأة السودانية ظلمات الماضي واشراقاته	مختار عجوبة	دراسة	١٠	٢٠٠٧
٢٨٠	الرأسمالية	د. محمود محمد يسن	اقتصاد	٦	٢٠٠٧
٢٨١	ضربة البداية	د. بابكر علي ديومة	مجموعة قصصية	١٠	٢٠٠٧
٢٨٢	دليل الأنساب	عثمان حمد الله	دراسة	١٥	٢٠٠٧
٢٨٣	قباب الشرق	صلاح عمر الصادق	آثار	٢٠	٢٠٠٧
٢٨٤	خواطر وذكريات عن أهل الفن بشمبات	د . كامل إبرهيم حسن	مذكرات	١٠	٢٠٠٧
٢٨٥	الشـــخصـــيات	د . كامل إبرهيم حسن	مذكرات	١٠	٢٠٠٧
٢٨٦	كيلا تختلط الأوراق من يقود الرأسمالية	د. صدقي كبلو	سياسة	٨	٢٠٠٧
٢٨٧	ورود الشتاء	أمير عوض إبراهيم عثمان	رواية	١٠	٢٠٠٨
٢٨٨	أحزان لها تاريخ	صلاح الفكي	رواية	١٠	٢٠٠٨
٢٨٩	CHRISTIAN – MUSLIM RELATIONS IN SUDAN A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHURCH AND STATE	GABRIEL GAI RIAM	دراسة	١٥	٢٠٠٨
٢٩٠	تاريخ سلطنة المسبعات	سميرة العوض حامد جبر الدار	تاريخ	٧	٢٠٠٨
٢٩١	أجراء الريف	يوسف عبدالحميد	سياسة	٦	٢٠٠٨
٢٩٢	دارفور حقيقة الثورة والإبادة	ذو النون التجاني أحمد	سياسة	٢٠	٢٠٠٨

٢٩٣	الاتجاهات الفكرية للمرأة السودانية	فاطمة بابكر	سياسة	٢٠	٢٠٠٨
٢٩٤	أهم آفات الذرة بالإقليم الأوسط ووسائل مكافحتها	محمد المصطفى حسن	زراعة	١٠	٢٠٠٨
٢٩٥	انجمينا مدينة لكل الناس	آدم يوسف	رواية	١٠	٢٠٠٨
٢٩٦	أغاني الحقيبة الحبيبة	محمد الحسن على (الجقر)	أدب	٢٠	٢٠٠٨
٢٩٧	العلة المادية والاشتراكية	محمد يسن	سياسة	١٥	٢٠٠٨
٢٩٨	حسن أفندي	د. كامل إبراهيم	مقالات	١٠	٢٠٠٨
٢٩٩	دراسات في التصوف	د. نصر الدين سليمان	دين	١٥	٢٠٠٨
٣٠٠	رد الجميل	محجوب شريف	أدب		٢٠٠٨
٣٠١	المهدية والسودان المصري	محمد المصطفى حسن	تاريخ	٤٠	٢٠٠٨
٣٠٢	الماضي المعاش في جبال النوبة	د. يوسف اسحق أحمد	اجتماع	٢٠	٢٠٠٨
٣٠٣	أغاني الحقيبة والقصص الحبيبة	محمد الحسن علي (الجقر)	أدب	٢٠	٢٠٠٨
٣٠٤	ضد ذاكرتي	عبد المنعم الكتيابي	شعر	١٠	٢٠٠٨
٣٠٥	نظريات علم الاجتماع والنوع	د. الهام عبدالرحمن عثمان	اجتماع	١٥	٢٠٠٨
٣٠٦	مبادئ فيزياء الجوامد	أحمد خوجلي	فيزياء	٢٠	٢٠٠٨
٣٠٧	العولمة واقتصاد السودان	د. عمران عباس يوسف	اقتصاد	٣٠	٢٠٠٨
٣٠٨	من كل نبع قطرة	آدم محمد أحمد عمر	أدب	١٥	٢٠٠٨
٣٠٩	الانصاف لمدح كامل الأوصاف	السموال خلف الله القريش	شعر	١٠	٢٠٠٨
٣١٠	الطبقة الجديدة –تحليل للنظام الشيوعي	ترجمة: د. موسى عبدالله حامد	دراسة	٢٠	٢٠٠٩
٣١١	من مانديلا إلى عبدالله الطيب	هاشم مساوي	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣١٢	جبال النوبة الإثنية السياسية والحركة الفلاحية	عطا البطحاني	دراسة	٢٠	٢٠٠٩
٣١٣	نظرات في المجتمع الإسلامي	عبدالله الطيب	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣١٤	العزلة –الوحدة والانفصال	د. جون قاي نوت يوه	سياسة	١٥	٢٠٠٩
٣١٥	ثورة في جبال الأستوائية	د. جون قاي نوت يوه	سياسة	١٥	٢٠٠٩
٣١٦	آفاق وتحديات	د. جون قاي نوت يوه	سياسة	١٥	٢٠٠٩
٣١٧	أشكالية التنمية الاقتصادية	د. موسى صالح حريكة	اقتصاد	١٥	٢٠٠٩
٣١٨	الإدارة التعليمية مبادئ وتطبيقات عملية	د. موسى صالح حريكة	تربية	١٠	٢٠٠٩
٣١٩	لك الحب	مصطفى سند	شعر	٦	٢٠٠٩
٣٢٠	الفارس الأعزل	محمد الواثق	شعر	١٠	٢٠٠٩
٣٢١	المدينة مجهولة الهوية	مها عبدالمنعم	م. قصصية	١٠	٢٠٠٩
٣٢٢	أوزان الدوبيت السوداني	محمد الواثق	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣٢٣	مع الدوبيت	سعد عبدالقادر العاقب	دراسة	٢٠	٢٠٠٩

٣٢٤	أم درمان تحتضر	د. محمد الواثق	شعر	٦	٢٠٠٩
٣٢٥	موسم الحب	هيثم ماماان	شعر	١٠	٢٠٠٩
٣٢٦	مذكرات عاشق	هيثم ماماان	شعر	١٠	٢٠٠٩
٣٢٧	الجوافة	هدى الجزار	م. قصصية	١٠	٢٠٠٩
٣٢٨	الزمخشري وابن يعيش	د. سلوى طيفور أحمد طيفور	لغة عربية	٢٠	٢٠٠٩
٣٢٩	ثلاثتهم دَفاقنة – حرباوات لدنة خضراء برائحة تعبق	عثمان شنقر	م. قصصية	١٠	٢٠٠٩
٣٣٠	وذكرهم بأيام الله	بدر الدين يوسف السميث	دراسة	١٥	٢٠٠٩
٢٣١	ما وراء الكلمات	بدر الدين يوسف السميث	•	١٥	٢٠٠٩
٢٣٢	شذا زهرة الحياة	بدر الدين يوسف السميث	•	١٥	٢٠٠٩
٢٣٣	علامات على طريق مطروق	بدر الدين يوسف السميث	•	١٥	٢٠٠٩
٢٣٤	وجوه في الزحام	مزمل سلمان غندور	أدب	٢٠	٢٠٠٩
٢٣٥	حكايات أم درمان الكريمة	مزمل سلمان غندور	أدب	٢٠	٢٠٠٩
٢٣٦	الحلم والقدر	مزمل سلمان غندور	رواية	٢٠	٢٠٠٩
٢٣٧	حكايات أم درمان القديمة	مزمل سلمان غندور	أدب	٢٠	٢٠٠٩
٢٣٨	أيام زمان	مزمل سلمان غندور	رواية	٢٠	٢٠٠٩
٣٣٩	سلسلة محاضرات مركز البحوث والوثائق الاقتصادية والقانونية بالخرطوم بالمركز الثقافي الفرنسي ،	بربرا كاشياري	دراسة	١٥	٢٠٠٩
٣٤٠	الهوية وتمزق الدولة السودانية	د. عبدالله محمد قسم اسيد	دراسة	٢٥	٢٠٠٩
٣٤١	الشعر الشعبي عند الشايقية اثاره وأنعكاساته الاجتماعية	د. نصر الدين سليمان على فضل الله	دراسة	٢٥	٢٠٠٩
٣٤٢	التفسير بمنهج جغرافي	د. بحر الدين عوض شقف	دراسة	٨	٢٠٠٩
٣٤٤٤	مدينة مجهولة الهوية	مها عبدالمنعم	مجموعة قصصية	١٠	٢٠٠٩
٣٤٥	ضمور الفكر العربي المعاصر (بحوث حول الواقع الراهن)	متوكل علي محمدين	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣٤٦	حكايات السوق القديم	محمد الفكي سليمان	رواية	١٠	٢٠٠٩
٣٤٧	من دبلوماسية	الأمين عبداللطيف	سياسة	٢٠	٢٠٠٩
٣٤٨	السيرة العطرة في بيت رسول الله (صلى الله عليه وسلم)	سعاد بابكر محمد علي	دين	٨	٢٠٠٩
٣٤٩	إليكم أعود وفي كفي القمر	عمر الحويج	مجموعة قصصية	١٠	٢٠٠٩
٣٥٠	مجنون	عبدالحميد محمد احمد	رواية	١٠	٢٠١٠
٣٥١	جينات سودانية	عمرو منير	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٥٢	الايتكتيت	انتصار إبراهيم محجوب	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٥٤	أولاد الحلة	مزمل سلمان غندور	مجموعة قصصية	١٠	٢٠١٠
٣٥٥	طلحة والزبير	مزمل سلمان غندور	مجموعة قصصية	١٠	٢٠١٠

٣٥٦	الحب في أم درمان-القديمة	مزمل سلمان غندور	مجموعة قصصية	١٥	٢٠١٠
٣٥٧	ما بين ٢٥ مايو إلى ٣٠ يونيو	مزمل سلمان غندور	مذكرات	١٥	٢٠١٠
٣٥٨	الصفوة السودانية	عمرو منير	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٥٩	أشواق للسيف المبصر	موسى إبراهيم محمد	مذكرات	١٥	٢٠١٠
٣٦٠	مذكرات معتقل سياسي	صدقي كبلو	مذكرات	١٥	٢٠١٠
٣٦١	الخندق (الجزء الثاني)	عبدالحميد محمد أحمد	تاريخ	٢٠	٢٠١٠
٣٦٢	الصورة في الصحافة السودانية	د. نصر الدين سليمان	دراسة	١٥	٢٠١٠
٣٦٣	المختار من شعر الحماسة السودانية	عبدالحميد محمد أحمد	شعر	٢٠	٢٠١٠
٣٦٤	جنوب السودان	د. ماجد بوب	سياسية	٣٠	٢٠١٠
٣٦٥	رؤى ومشاهد في شئون الأسرة	رقية عبدالقادر شريف	دراسة	٢٠	٢٠١٠
٣٦٦	دارفور من أزمة دولة إلى صراع القوى العظمى	د. عبده مختار موسى	سياسة	٢٠	٢٠١٠
٣٦٧	نريد أرض ارتريا وليس شعبها	الامين محمد سعيد	دراسة	١٢	٢٠١٠
٣٦٨	ارتريا أرض البحر – الجزء الأول (الاطماع)	الامين محمد سعيد	دراسة	٢٠	٢٠١٠
٣٦٩	بنيان الوعي المسلم ومشروع الإنسان الكامل	عبد المؤمن إبراهيم أحمد	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٧٠	خطوة نحو تثقيف الداعية المعاصر	كمال عبدالمنعم صباحي	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٧١	الجريمة في أم درمان – غندور	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٢	أولاد الحلة	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٣	ما بعد أيام زمان	مزمل سلمان غندور	دراسة	١٥	٢٠١١
٣٧٤	ما وراء الاستار	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٥	عائشة وزينب	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٦	تاريخ مدينة العليفون	علي الفكي	تاريخ	١٥	٢٠١١
٣٧٧	دموع في عيون بريئة	مناهل الماحي	رواية	١٥	٢٠١١
٣٧٨	شجون وعيون	مجدي عبدالوهاب	شعر	٨	٢٠١١
٣٧٩	ما بهذا بعث النبي	د. يوسف عبدالله	دراسة	١٠	٢٠١١
٣٨٠	الصعود نحو الشمس	مها عبدالمنعم	رواية	٥	٢٠١١
٣٨١	صدر تحت تحناني	هثيم مامان	شعر	٨	٢٠١١
٣٨٢	شعراء متمردون	عبدالحميد محمد أحمد	دراسة	١٠	٢٠١١
٣٨٣	الهوية والجنسية السودانية	الطيب عبدالجليل حسين محمود	قانون	٢٠	٢٠١١
٣٨٤	الحرب لم تكن خياري	ابتسام حمد النيل	رواية	٨	٢٠١١



من دراستنا لتاريخ نشأة الخدمة الاجتماعية وتطور قيمها ومبادئها ومواثيقها كمهنة يتضح لنا أن اخلاقياتها ترجع إلى جهود الخيرين وإلى عمليات البر والإحسان ذات المنطلقات الدينية البحتة فى البلدان الأوربية ، ولكنها بالتدريج ابتعدت عن الجوانب الخيرية والتطوعية وأصبحت ممارستها تقوم بالتدريج على أسس عقلانية وعلى دوافع اقتصادية مصاحبة للنزعة الإنسانية لمهنة الخدمة الاجتماعية كغيرها من مهن المساعدة الأنسانية التى ينبغى أو يجب أن تنتفى عنها النزعة المادية أو الربحية من قبل ممارسيها .



جمال خليفة



دار عزة للنشر والتوزيع
الخرطوم - السودان
ناشرون وموزعون ووكلاء دور نشر